

## UNA SENCILLA TECNICA DE HISTERECTOMIA TOTAL SIN COLOCACION PREVIA DE PINZAS PEDICULARES (\*)

Dr. Manuel B. Rodríguez López

Hemos creído que con nuestra técnica aportábamos a la preparación del cirujano general, un elemento importante, cuando las necesidades de su arte lo llevan al campo ginecológico, para efectuar una histerectomía total.

Todavía es común leer en los textos y los artículos que enfocan el problema de histerectomía total, con las más diversas técnicas, que se practican, colocando pinzas pediculares previas en los pedículos vasculares del órgano, para luego efectuar su exeresis.

Sin exagerar los peligros que el trauma vascular genera en los focos de agravio y los riesgos que las pinzas significan en el pedículo de la uterina por la proximidad del uréter, vemos que extirpado el útero, quedan una multitud de pinzas, fáciles por las características de las mismas de arrancarse o de soltarse, creando todo esto un riesgo importante, una complicación seria, y una preocupación para el cirujano.

Ya en muchas ocasiones hemos insistido sobre la técnica que proponemos por lo sencilla, lo práctica y lo exenta de los riesgos habituales en esta intervención. En el país y en el extranjero hemos insistido sobre este problema.

La técnica que nosotros preconizamos y que hemos creado, fué la culminación de un largo trabajo, después que una y mil veces en nuestra actividad quirúrgica especializada, encontrábamos los mismos riesgos y las mismas complicaciones, que todo

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 18 de noviembre de 1953.

el mundo repetía en este tipo de intervención. Y así, poco a poco fuimos ajustando detalles, creando primero una técnica fácil para la histerectomía sub-total, que luego la completamos para la total y que denomináramos histerectomía total atraumática.

Estos hechos que hemos esbozado anteriormente, hablan de la necesidad de divulgar una técnica que creemos que al mismo tiempo que simplifica la operación, pone a cubierto de toda la gama de peligros que las técnicas clásicas tienen.

Hay un hecho fundamental en la técnica que queremos destacar y este es, la eliminación de las pinzas colocadas previamente en los pedículos vasculares, antes de su ligadura, que las técnicas clásicas habitualmente empleadas por los cirujanos, sistemáticamente la efectúan. Allí están los riesgos, cualquiera sea la variedad de proceder, que se han ido ideando para evitarlos.

Volvemos a repetir para fijar bien el concepto; la pinza colocada sobre los pedículos vasculares para hemostasiar previamente y luego ligar con carácter definitivo este pedículo, tiene un primer riesgo, que es el traumatismo de los vasos, máxime que a veces por no quedar satisfecho el cirujano con la colocación o toma primera del pedículo, vuelve a retomararlo en otro lugar más conveniente. Este traumatismo crea lesiones endovasculares responsables muchas veces de las trombosis y de las embolias ulteriores, cuyo riesgo es siempre el terror en esta clase de intervenciones.

Pero hay un hecho importante que ha sido siempre el punto neurálgico de esta operación, y que es reconocido por todos los autores y por todos los cirujanos; es el peligro de traumatizar el uréter al hacer la toma con la pinza de Faure del pedículo de la uterina.

Se han ideado muchas variedades de procederes en las técnicas de la histerectomía para ponerse a cubierto de este peligro, que siempre está presente en este momento del acto quirúrgico. Vamos a ver que algunos hechos, que están marcados como favorables para evitar este riesgo en las técnicas habituales, no significan en realidad lo que ellos pretenden significar, ni dan la seguridad que ellos pretenden dar. Así se le ha querido dar un gran valor para evitar la herida del uréter a la tracción del útero hacia arriba y el descenso de la vejiga hacia abajo, después de

haberla decolado. Dado que el uréter y la uterina se entrelazan, al traccionar el útero hacia arriba estirando la uterina y al desplazar hacia abajo la vejiga, el uréter debería rodar sobre el anza arterial desplazándose lógicamente hacia afuera, con lo que se evitaría la injuria operatoria del mismo. Esta maniobra se sigue empleando rutinariamente, a pesar de que ella es nada más que ficticia, en lo que respecta al alejamiento del uréter de la zona arterial donde se pinzará la uterina. Cuando se hace una

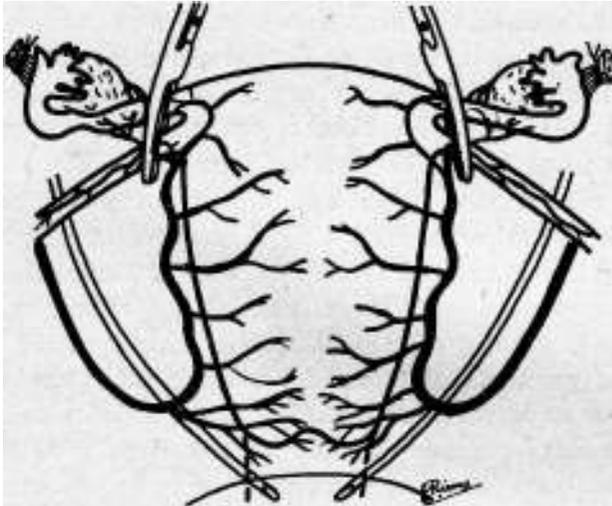


FIG. 1. — Aquí se muestra cómo se toman los bordes internos de los tres alerones contra los ángulos superiores o cuernos uterinos con 2 pinzas Fauré. De esta manera se puede traccionar sobre el órgano para movillarlo sin traumatizarlo ni masajearlo. Esto tiene mucha importancia y es fundamental cuando se trata de carcinomas endometriales. Cuando se trata de grandes úteros tumorales, la tracción y

el desplazamiento del órgano en los distintos tiempos operatorios se hace introduciendo en el fondo el clásico tirabuzón.

cuidadosa disección de esta región, se comprueba que en la región anatómica donde se entrecruza el uréter y la uterina, existe una vaina fibrosa que fija el uréter a la arteria, de tal manera que con ninguna maniobra del tipo de las que se indican, se consigue alejar el uréter de la arteria uterina, siendo falsa entonces esa seguridad que se pretende alcanzar con las maniobras antedichas, porque por más que se tense la uterina y se desplace la vejiga hacia abajo, el uréter y la arteria quedan siempre relacionados íntimamente y en contacto en la misma región.

Este problema que preocupó y sigue preocupando, ha originado en la literatura médica extensas comunicaciones y trabajos, buscando soluciones o llamando la atención en el riesgo opera-

torio que existe en este tiempo de la intervención, en donde se puede ya sea ligar el uréter, seccionarlo o simplemente herirlo. Si nos ponemos a pensar con detención sobre la proximidad del uréter al istmo uterino, que es donde se aborda la uterina para ligarla, veremos que el sector donde la pinza intentará pinzar la arteria sin herir el antedicho canal urinario, es muy pequeño. Basta un desplazamiento involuntario de la pinza o que el uréter esté atraído por una reacción fibroconjuntiva residual de algún

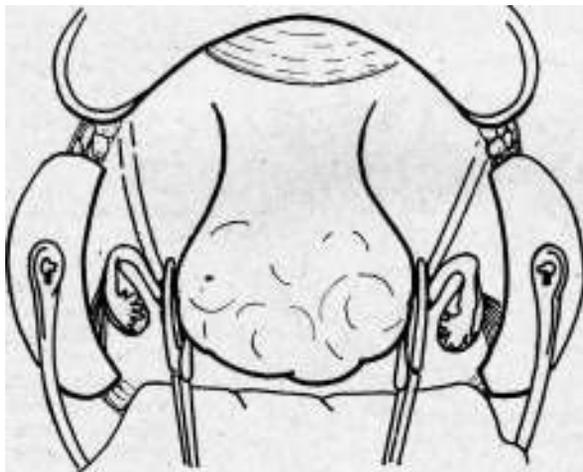


FIG. 2. — Aquí se muestra cómo traccionando de las pinzas hacia arriba, se expone la cara anterior del útero, con los ligamentos redondos en tensión.

antiguo proceso inflamatorio parametrial, para que el agravio ureteral se efectúe en cualquiera de las formas posibles, ante la sorpresa del cirujano, ya sea en el acto operatorio en el post-operatorio, cuando se comprueba la agresión ureteral. Este peligro, siempre presente como hemos dicho, se ha querido eliminar por tácticas diversas siempre ilusorias, y así se ha llegado hasta aconsejar el cateterismo ureteral dejando las sondas enhebradas para que sirvan de referencia al cirujano con lo cual él podría objetivar más el uréter. Hay todavía autores que preconizan la disección del uréter a ese nivel con el fin de evitar su agresión, pero estos requisitos complican el acto quirúrgico y no ponen a cubierto del traumatismo y mismo aún crean a veces alteraciones parietales del uréter, al cortarles sus vasos nutricios cuando se disecciona este órgano trayendo escaras ulteriores y fístulas consecutivas.

Todos estos hechos que dejamos relatados, hacen ver la necesidad de buscar una técnica que proteja a la enferma y al cirujano de estos riesgos y complicaciones. Creemos que la nuestra no solamente alcanza ese desiderátum, sino que al mismo tiempo simplifica el acto quirúrgico.

En el lento proceso constructivo a través de años, nuestra técnica fué sufriendo modificaciones en su estructuración, hasta poderla presentar en el momento actual ya completamente ajus-

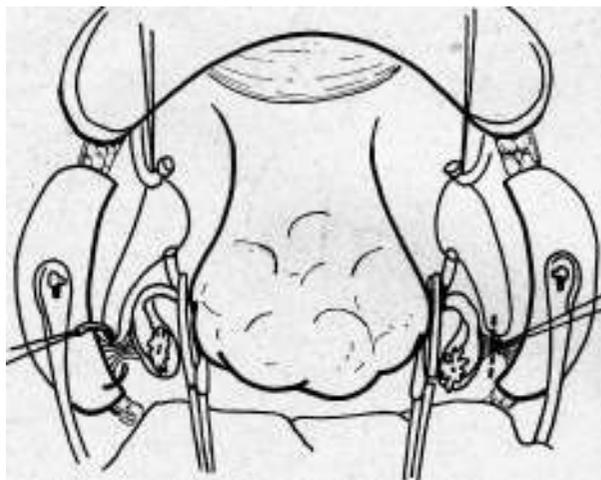


FIG. 3. — Aquí se muestra cómo se cortan los ligamentos redondos de los dos lados con lo cual se abre el ligamento ancho en su parte anterior. Al mismo tiempo, del lado derecho, se muestra la ligadura del pedículo infundíbulo pélvico donde corre el pedículo ovárico y en el lado izquierdo cómo se pasa la aguja para esta ligadura sin colocar pinzas pediculares previas

tada. Lógicamente hemos consultado toda la literatura posible, para poder informarnos de cuáles habían sido las soluciones ideadas para evitar estos accidentes. Esta búsqueda nos hizo ver que este riesgo operatorio, fué constante preocupación de los clínicos de todos los tiempos.

En este sentido interesa destacar los conceptos emitidos en el prólogo de la obra Operaciones Ginecológicas escrita por Martius; y de la cual una parte de interés directo con este problema transcribimos:

“Como el operar es un arte, la descripción de los procedimientos operatorios siempre tendrá cierto matiz subjetivo y siempre se distinguirán entre sí las diferentes escuelas y los diversos operadores por algunas particularidades técnicas; no hay duda que toda intervención quirúrgica revela el mérito per-

“sonal del operador, y ni aún el mejor tratado de operatoria  
“podrá convertir a un inhábil en un verdadero artista. Para la  
“exposición didáctica de las operaciones, es lo más importante  
“las particularidades que caracteriza esta técnica y los procedi-  
“mientos de las distintas escuelas; y así, por ejemplo, no es lo  
“esencial que los tejidos se pinchen primeramente, se seccionen  
“luego y después se ligen o que, como aconseja la escuela de  
“V. Franké, primeramente se ligen y después se seccionen, ni

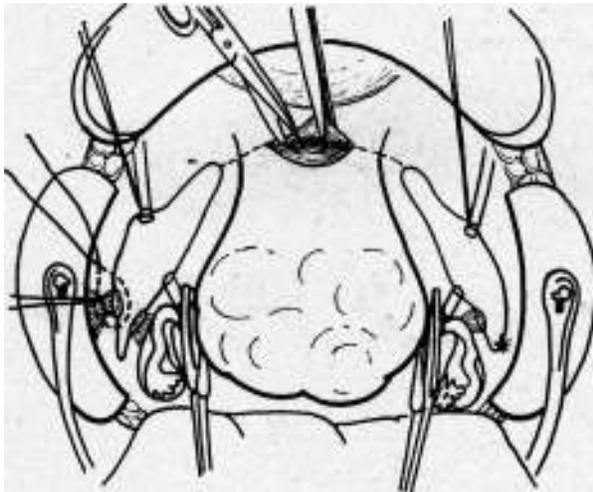


FIG. 4. — Esta figura muestra en el lado izquierdo cómo se ha sepultado el muñón ovárico haciendo un surget circular sobre el peritoneo, como se muestra en el lado derecho. Es una práctica que es fácil de ejecutarla inmediatamente al corte de este pedículo para luego evitar el inconveniente de tenerlo que ir a buscar alto al desplazarse. Se muestra también en esta figura, cómo se inicia el corte y des-

pegamiento del peritoneo que tapiza la cara anterior del istmo con lo cual se reclina la vejiga hacia abajo.

“que se empleen agujas de Deschamps, o agujas romas maneadas con portaagujas, etc.; lo que tiene decisiva importancia  
“es el punto anatómico donde ha de practicarse el pinzamiento,  
“la sección y la ligadura.”

Esta cita tiene una real importancia y ella marca cómo existe un concepto definido sobre estos elementos traumáticos, en la intervención que estamos comentando.

La cirugía en general ha avanzado y se ha perfeccionado de manera constante y así desde la anestesia, la correcta hemostasia, la asepsia y la antisepsia, que fueron jalones iniciales de superación, fué por el camino de perfeccionamiento ajustándose.

En el momento actual el conocimiento del shock, del equilibrio biológico pre y post-operatorio, el menor trauma del acto quirúrgico le dan al cirujano una mayor seguridad y tranquilidad en el momento de la intervención. A todo esto hay que agregarle la ayuda maravillosa de los antibióticos, el valor de la transfusión, antes, durante o después del acto operatorio, según las exigencias lo requieran, y todavía podemos agregar la perfección que en el campo anestésico se ha obtenido.

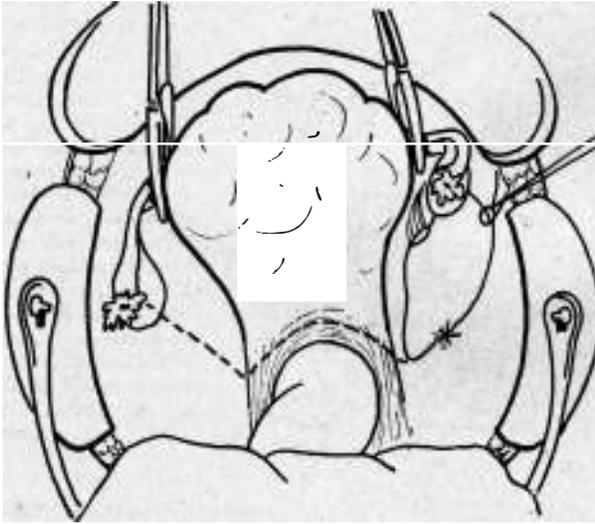


FIG. 5. — Aquí se muestra cómo se expone la cara posterior del órgano y cómo debe cortarse el peritoneo de la hoja posterior del ligamento ancho, teniendo siempre cuidado del uréter que va adherido a esta hoja. Además se marca la zona donde se corta el peritoneo sobre el istmo uterino para hacer el decolamiento posterior.

Pero a pesar de todo lo antedicho hay en lo clásico y en lo habitual de la técnica y táctica de la histerectomía total, riesgos que persisten, que traen complicaciones hemorrágicas, viscerales, ureterales, reacciones de celulitis, procesos tromboflebíticos y el peligro siempre constante de la embolia. Por ello insistimos, que en técnica y en táctica operatoria, siempre hay posibilidades de perfección y de simplificación. Nuestra técnica en ese sentido es un adelanto. Además es atraumática en su ejecución, respetando los pedículos vasculares, evitándoles el trauma del aplastamiento que origina la pinza. Esta técnica simplificada que pone a cubierto de los riesgos operatorios en la ejecución de la intervención, tiene como veremos, (al mostrar en los esquemas sus distintos tiempos) una sencillez que se basa principalmente sobre

los conocimientos anatómicos, y sobre la protección al máximo de los pedículos.

No vamos a entrar en la controversia de si la histerectomía total es más grave o complicada que la histerectomía subtotal, pero si vamos a decir que es frecuente que el cirujano para obviar algunas de las complicaciones operatorias, practica con frecuencia la subtotal, mismo cuando el cuello está enfermo, lo que es indi-

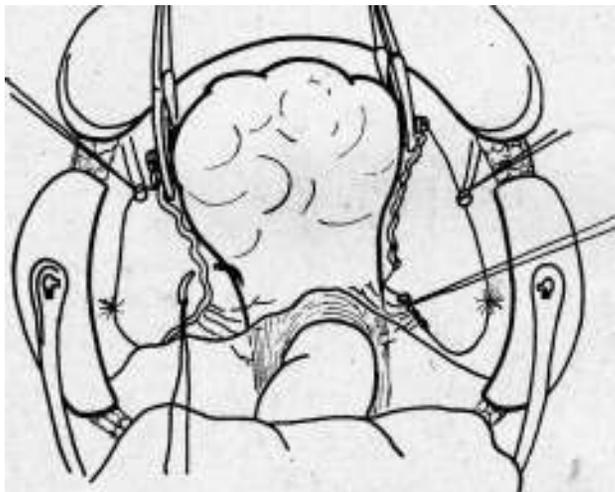


FIG. 6. — Aquí se muestra cómo se ha ligado la uterina al nivel del istmo contra el útero. En el lado derecho la arteria está cortada. En el lado izquierdo pasa la aguja, para luego hacer la ligadura sin colocación de pinzas.

cación de efectuarla total, para no dejar un sector orgánico lleno de peligros.

Queremos también dejar aclarado tal como lo hiciéramos en el relato sobre cirugía funcional de la miomatosis uterina, al Congreso Nacional de Cirugía del año 1952, que antes de amputar el útero es necesario meditar y pesar los factores hormonales, biológicos y funcionales de tanta importancia en la vida genital femenina y solamente cuando la indicación de exeresis es realmente la justificada, recurrir a ella.

Podríamos nosotros agregar algunos hechos importantes que se fueron creando, a través de las distintas etapas de perfeccionamiento técnico de esta intervención, desde que Freund en 1878 ejecutara las primeras histerectomías regladas, con ligaduras pediculares que ya se conocían en el siglo XVI y que eran aconsejadas por Ambrosio Paré. De allí hasta aquí las técnicas se han

depurado. La ligadura de la uterina siempre marcó un escollo y un peligro y sobre ella se ha escrito mucho y se han ideado muchos procedimientos. Pero, sin embargo, los peligros existen y por ello es que hoy en el afán de mostrar un adelanto en el tecnicismo operatorio de la histerectomía total exponemos nuestra técnica; técnica que lógicamente fué aprovechando conceptos ya adquiridos, tratando de irlos aplicando hacia la culminación práctica de nuestra operación.

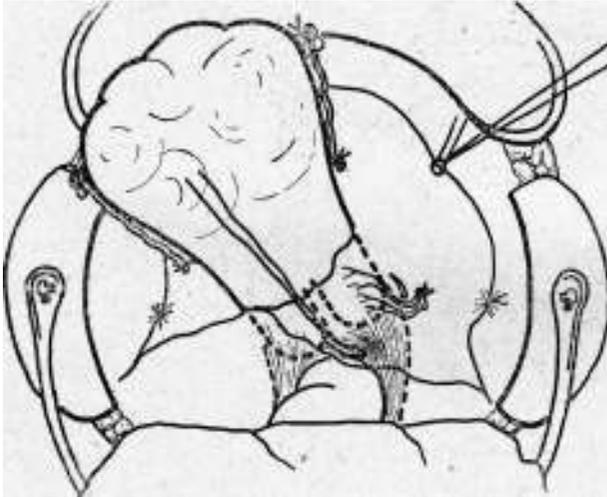


FIG. 7. — Reclinando el útero fuertemente adelante y a izquierda, la aguja pasa por dentro del ligamento útero-sacro derecho atravesando la parte alta del fondo de saco vaginal lateral correspondiente, con lo cual se liga las ramas cervico - vésico - vaginales y el útero sacro en un solo block. Maniobra que se repetirá en el lado izquierdo.

No describiremos todos los tiempos de la intervención que están perfectamente documentados en las figuras y explicadas en sus leyendas respectivas, pero sí vamos a extendernos, en la zona más peligrosa de esta operación que es la ligadura de la uterina. Esta la hacemos de manera sencilla; ligando previamente los pedículos altos, infundíbulo pélvico donde corre la ovárica y el pedículo del ligamento redondo. Luego abrimos ampliamente el ligamento ancho, cortando su hoja anterior y posterior hasta el istmo uterino, después de haber desprendido la vejiga hacia abajo, previo corte del peritoneo en su inserción ístmica. Entonces, traccionando fuertemente el útero hacia arriba, y a la derecha, se expone la arteria uterina que ligamos y cortamos contra el útero mismo. Luego pasando la aguja por dentro del útero sacro, tomamos la vagina en la parte alta del fondo de saco

lateral y ligamos en block el pedículo cérvico-vésico-vaginal. Cortando entonces contra el cuello tratando de enuclear el cuello como lo aconseja la escuela americana con Baldwin, procedimiento que fué aprovechado por Lahey para efectuar su técnica de histerectomía total simple, bajo esas mismas directrices y que fué publicada en el año 1928.

Esta enucleación cervical, que siempre es posterior a la ligadura de las ramas cérvico-vésico-vaginales, además de alejarnos

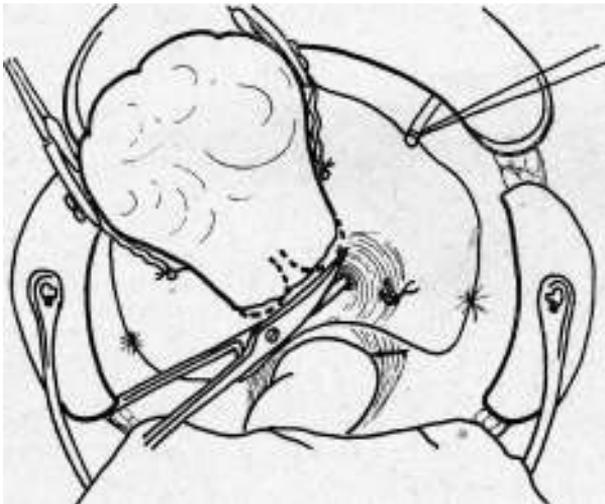


FIG. 8. — Esta figura muestra como luego de las ligaduras en block antedichas se decola el cuello uterino de su inserción fibrosa vaginal.

del peligro ureteral, nos deja el amarre fibroso vaginal donde se insertan los elementos ligamentarios, respetando de esta manera la arquitectura de la cúpula de la vagina, evitando de esta manera los prolapsos, puesto que la trabazón ligamentaria pélvica queda respetada y además nosotros todavía fijamos sobre ese sector de la exeresis, los ligamentos redondos. Es decir que los úteros sacros y los ligamentos de Makenrodt al cual le agregamos los ligamentos redondos que fijamos a ellos, dejan un núcleo residual potente de sostén a la cúpula vaginal.

En nuestra primitiva técnica ligábamos previamente la uterina y luego las ramas cérvico-vagino-vesicales separadamente por fuera del ligamento útero sacro al cual ligábamos luego separadamente. Hoy hemos simplificado más este momento operatorio ligando en un solo block el ligamento útero sacro, la uterina y las

ramas cérvico-vagino-vesicales contra el istmo, tomando con el punto siempre la vagina.

Si después de haber retirado el útero, las comisuras vaginales sangraran le hacemos dos puntos en U que aprovechamos para cerrar parcialmente la brecha vaginal en sus partes laterales, dejando sistemáticamente abierta la parte central por donde siempre dejamos un drenaje con lámina de caucho.

Los distintos tiempos operatorios descriptos en las figuras,

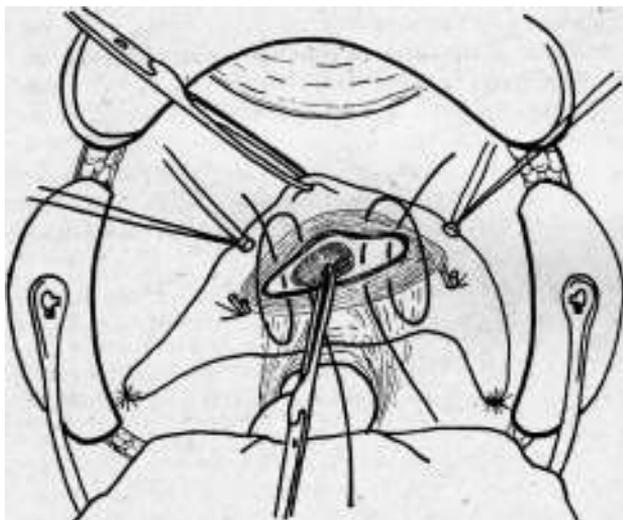


FIG. 9. — Aquí se muestra el cierre de las comisuras vaginales con un punto en X que además es hemostático y con el cual también traemos los ligamentos redondos hacia ese lugar para atarlos sólidamente. La parte media de la vagina queda abierta para drenaje.

muestran cómo evitamos el traumatismo, cómo y en qué tiempo se van efectuando los puntos hemostáticos, sin colocar ninguna pinza previa en los mismos.

### Resumen.

La técnica que hoy ofrecemos de histerectomía total, es sencilla en su realización. Al no colocar pinzas previas a las ligaduras, aminora los peligros tromboflebíticos. Por la característica de cómo se liga la uterina y sus ramas, cérvico-vésico-vaginales, pone a cubierto siempre del agravio ureteral. Transforma a la histerectomía total siempre tenida como peligrosa, en una operación fácil y sencilla.

**Dr. Bermúdez.** — Puede parecer un poco atrevido que un cirujano general haga un comentario a un trabajo de especialidad tan interesante como el del Profesor Rodríguez López.

El trabajo que presenta, la técnica que propone, tiene muchos aspectos importantes que no voy a comentar. Quiero ocuparme solamente de un aspecto porque los cirujanos generales nos vemos con cierta frecuencia en la necesidad de hacer histerectomías.

Nosotros siempre tratamos de pediculizar, antes de hacer las ligaduras con el objeto de tener a la vista los elementos peligrosos. No hacemos en general la histerectomía colocando las tres pinzas clásicas de cada lado que hemos visto hacer desde hace años y que trae peligros reales. Lo que nosotros hacemos es buscar el pedículo, tratar de ver el pedículo. Por eso, si el peligro de la histerectomía está en la lesión del uréter, y es el peligro fundamental, nosotros estamos acostumbrados en la cirugía que hacemos, sobre todo en la cirugía de recto, a ver siempre el uréter a través de todo su trayecto. En la histerectomía, después de haber ligado los pedículos superiores, abriendo el peritoneo anterior del ligamento ancho vemos la uterina y hacemos la ligadura en el lugar exacto; es la manera como proceden los cirujanos generales y no hay que lamentar ningún accidente ureteral cuando se practica la histerectomía en esta forma.

Es solamente en ese aspecto que quería comentar esta comunicación y felicitar al Dr. Rodríguez López.

**Dr. Chifflet.** — Nos ha resultado muy instructivo oír en este ambiente de cirugía general los conceptos y técnicas expuestos por el Profesor Rodríguez López.

Refiriéndonos al uso de ligaduras en lugar de pinzas antes de cortar podríamos decir que es la aplicación en la histerectomía de las directivas técnicas comunes a toda la cirugía. Cuando los cirujanos generales nos vemos en la necesidad de hacer una histerectomía, es frecuente que en desconocimiento de las técnicas standardizadas de los ginecólogos, hagamos la exeresis con el concepto de toda extirpación visceral, haciendo en forma metódica la ligadura de los pedículos y seccionando sin colocar pinzas en dichos pedículos. Es así que ligamos el cístico y la cística, el bronquio y la pulmonar, los vasos de la parótida, etc., sin seccionar el elemento sobre una pinza.

En lo que se refiere a la tracción sobre el útero, nosotros también hemos abandonado los medios cruentos o traumatizantes y usamos con frecuencia las pinzas de ligamento ancho colocadas a los lados del útero. No utilizamos allí las pinzas de Faure porque tememos el traumatismo de sus fuertes dientes.

Un detalle de técnica de gran interés consiste en ligar la arteria contra el útero, cargándola desde atrás con el ligamento útero-sacro. Salva así el riesgo del uréter en este tiempo de la operación. Este procedimiento sugiere varias consideraciones.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En primer lugar anotemos que la existencia de la cirugía de pelvis, adquirida en las operaciones por cáncer del recto, nos ha familiarizado con el reconocimiento de los uréteres en el curso de cualquier intervención, por lo cual, en el curso de una histerectomía total lo tenemos siempre reconocido aún cuando no lo aislemos de los tejidos vecinos. Creemos estar así a cubierto de posibles lesiones.

La histerectomía hecha por dentro del buje de la carreta o mejor dicho, de la maza de la rueda, es una histerectomía total, pero cuya sección pasa junto al órgano en tal forma, que sólo se justificaría en casos de absoluta seguridad de que no existe malignidad en ningún territorio.

La ligadura del ligamento útero-sacro en block con los vasos uterinos tiene a nuestro modo de ver el inconveniente de reunir dos pedículos divergentes, que por efecto de su propia tracción pueden tender a separarse aún en caso de correcta transfixión. Deja esta ligadura además pobremente irrigada la zona de sección, contrariando el principio general de que las zonas de isquemia por ligadura vascular deben ser mínimas. En fin, esta ligadura compromete la inervación vesical, lo cual podría interferir con la funcionalidad correcta del post-operatorio. Preferimos las ligaduras por separado de los diferentes pedículos, con sección junto a la ligadura.

Un punto de técnica al cual acompañamos integralmente al Profesor Rodríguez López es el de drenaje de la pelvis por la vagina. Creemos que no ofrece ningún inconveniente y que permite mantener secas las zonas cruentas porque es un drenaje correctamente ubicado desde el punto de vista de la dinámica de la pelvis.

En fin, en lo que se refiere a los beneficios que la técnica que propone significaría para la estática perineopelviana, los comentarios saldrían del tiempo disponible. Sólo diremos que no creemos que las estructuras conjuntivas ancladas sobre el istmo uterino intervengan en forma importante en el sostén de las vísceras pelvianas, sino que son formaciones solidarizadas con las paredes de la pelvis las que contienen a las vísceras.

La Sociedad de Cirugía debe sentirse satisfecha por lo que la comunicación del Prof. Rodríguez López significa para el material científico de la Institución.

**Dr. Caprio.** — Me voy a permitir asociarme a las congratulaciones por la venida del Dr. Rodríguez López y de paso voy a agregar algunos datos de mi experiencia personal. Hace poco tuve oportunidad de leer un trabajo de un autor americano que trae una estadística de 1.200 casos de histerectomía total y que me llamó la atención por una maniobra técnica que considera importantísima y yo también y que si no es semejante a la que propone el Dr. Rodríguez López es similar.

Mi impresión es que el éxito de la maniobra está en proceder de abajo arriba y de atrás adelante. Para ello aconseja poner el dedo índice detrás del ligamento útero-sacro, en contacto con el istmo uterino y dice clara-

mente, detrás del útero-sacro; así se puede palpar entre el índice y el pulgar puesto adelante, el uréter y hacerlo deslizar. Se pasa entonces un instrumento o pinza también de atrás adelante y entonces se liga y secciona justamente la arteria uterina englobada en el ligamento cardinal que sostiene al útero.

De acuerdo con los conceptos anatómicos de la región me parece una maniobra muy interesante y segura y desde ese momento me propuse hacerla así, desconociendo lo que hacía el Prof. Rodríguez López. Me parece que ir a buscar el uréter no se justifica, creo que complica la operación y expone a riesgos de celulitis o de laceraciones venosas. Se sabe que el uréter pasa en un espacio decolable, por delante de la base del ligamento ancho, en un túnel que forma con ésta la vaina alantoidea o vesical y que sólo se debe abrir para hacer la histerectomía del tipo de Wertheim. De modo que cuando leí ese trabajo me produjo una agradable impresión y me propuse seguirlo. Por eso me congratulo de ver que está hecho en nuestro ambiente de un modo similar, con una seguridad muy grande, en una maniobra difícil y que sólo era librada a la idea de poner una pinza lo más cerca posible de la vagina.

**Dr. Achard.** — Como aporte a la discusión de este tema tan interesante de una técnica que manejamos habitualmente en el Servicio según las directivas del Profesor Rodríguez López, quiero decir simplemente lo que se refiere a la conservación de todo el macizo celular que envuelve al útero y sus aledaños, que desde luego está indicada **cuando no se trata del cáncer del útero**, sino de los otros motivos que existen en Ginecología para extirpar totalmente el útero. Nosotros tenemos la impresión muy clara a través de los casos que operamos con frecuencia con esta técnica, que la conservación, según la expresión del Profesor Rodríguez López "del buje de la rueda de la carreta", es favorable para evitar el desequilibrio de la pelvis en lo que se refiere a la posibilidad de la producción ulterior del prolapso, y en ese sentido, nos preocupamos siempre que no nos vemos obligados a efectuar una cirugía más radical o más amplia, de conservar esas estructuras, pues creemos que llenan un papel, una función, junto naturalmente, con todos los elementos musculares del periné y de los músculos elevadores que son indudablemente fundamentales en el mantenimiento de la estática de los órganos intrapelvianos.

Es con este concepto y como aporte a esta discusión, que quiero insistir en la impresión favorable que nosotros tenemos al conservar esas estructuras celulares de la pelvis, siempre naturalmente que las exigencias de la cirugía del cáncer no nos obliguen a hacer más amplios, en cuyo caso dejamos de lado ese problema para ir directamente a la extirpación a que obliga siempre esta cirugía, de acuerdo a las normas quirúrgicas generales.

Creemos que esta técnica que comentamos simplifica de tal modo la histerectomía total, que la ha puesto en manos de los colegas más

jóvenes, realizándose con frecuencia en el Servicio y no teniendo que lamentar heridas del uréter, que todavía en los trabajos americanos encontramos con bastante frecuencia relatadas, lo cual afortunadamente con esta técnica no sucede, no sólo en manos de cirujanos que tienen más experiencia en este tipo de cirugía, sino los colegas más jóvenes que se familiarizan con la misma y la realizan con relativa facilidad y seguridad.

**Dr. Prat.** — Aprendí a hacer la histerectomía con el Profesor Hartmann en 1912 en París y he sentido una enorme satisfacción cuando oía al Dr. Rodríguez López que se ha ocupado hoy de esta técnica. La técnica Hartmann que preconizó Hartmann, profesor y gran cirujano general de París, con gran tendencia a la Ginecología y que publicó un Tratado de Ginecología, en su técnica de la histerectomía no usaba pinzas, sino que hacía sencillamente la ligadura previa del ligamento redondo, del infundíbulo pelviano, y luego la uterina, que siempre la ligaba contra el borde uterino una vez que había liberado la vejiga y el borde uterino, pasaba sobre éste, el hilo de la ligadura con el pasa hilos de Hartmann, aparatito simple y práctico que permite realizar la ligadura de la uterina, con seguridad absoluta. Como dije ya, aprendí la técnica de la histerectomía con el Prof. Hartmann y es la que he usado en mi carrera quirúrgica. He realizado habitualmente la histerectomía sub total y es corriente que el cirujano general realice menos histerectomías totales que el especialista en Ginecología. En nuestra práctica nunca tuvimos lesiones del uréter, ni hemorragias importantes. Lo que quiere decir que este procedimiento, es muy bueno, y que precisamente nos evitaba usar las pinzas, aun mismo, las de Faure que algunos consideran indispensables.

Creemos que no hay mayor peligro de lesionar el uréter cuando se liga la uterina junto al cuello, si se tiene experiencia, se actúa con prudencia y sobre todo, viendo bien lo que se hace.

La práctica y experiencia del Prof. Hartmann es una técnica que tiene muchos años de éxitos; me satisface que el Profesor Rodríguez López haya adoptado esta técnica, sobre todo con las modificaciones para la histerectomía total. Si tuviéramos que realizar la histerectomía total corrientemente, no sé si no tendríamos mayores inconvenientes que los que se tiene para la histerectomía sub total que es más fácil, pero seguramente con la práctica que uno tendría, podría, siguiendo la misma técnica, librarse seguramente de la lesión del uréter como lo estableció aquí en esta Sociedad el Dr. Stajano hace ya tiempo.

Tengo la gran satisfacción de destacar la presencia del Profesor Rodríguez López en nuestra Sociedad, porque así los cirujanos generales podremos colaborar activa y cordialmente con los especialistas en Ginecología y veríamos que esas técnicas que ellos emplean no son tan especializadas y que algunas son utilizadas, tanto por los cirujanos generales como por los especialistas.

**Dr. Rodríguez López.** — Agradezco a todos los que se han ocupado del tema. Tiene una sola finalidad: divulgar un procedimiento que nosotros, a través de una larga experiencia, lo reputamos como un procedimiento sencillo, fácil de ejecutar, que está dentro de los más estrictos cánones de la cirugía moderna y que lo ponen al alcance evidentemente, de los cirujanos que no están habituados a hacer una cirugía genital de exeresis como los especialistas.

Respecto a lo que el Dr. Bermúdez aportó al tema, estamos todos de acuerdo: la cirugía actual en cuanto a ligadura de pedículos debe hacerse descubriendo el pedículo y ligando el pedículo sólo sacando aquellas gruesas ligaduras que nosotros vimos hacer y hacíamos en nuestros primeros años, tomando todos los tejidos, lo que era motivo de necrosis de esos tejidos, necrosis que traía infección, infección que originaba trombos, trombos que dan embolias. Cuando es necesario, por ejemplo, en la operación de Wertheim hacemos nosotros también la disección fina, perfectamente clara, nítida y ligamos la uterina sobre la hipogástrica. Pero en la cirugía práctica, en la cirugía de todos los días, no hay que ir a la disección de la uterina; creemos que hay que evitar la disección del uréter, porque a veces la disección del uréter trae agravio de orden vascular, y puede traer ulceraciones y escaras secundarias. Nosotros no lo hacemos sistemáticamente, volvemos a repetir, la disección del paquete vascular de la uterina, sino en los casos necesarios.

En la práctica diaria hacíamos la ligadura en block y hemos tenido con esta técnica resultados siempre completamente satisfactorios. Estamos de acuerdo en los principios generales: en todas las zonas pediculadas a ligar, hacer descubierta de los vasos para ligar vasos solamente y no ligar tejidos que no tienen por qué estar englobados en la ligadura, pero en el caso de la uterina, para evitar riesgos, no liberamos. Sólo tenemos a la vista y disecamos los elementos vasculares en los casos en que las exigencias quirúrgicas lo obligan. La histerectomía total con liberación por los pedículos y de liberación del uréter, da una seguridad más, pero complica el problema y alarga el acto operatorio a veces innecesariamente. En cuanto a lo que dice el Dr. Chifflet, tiene razón. Si comparamos los sistemas fibromusculares que fijan el cuello del útero a una rueda de carreta diríamos que uno cuando empieza a decorticar un cuello hasta dejar el buje o masa y nota con sorpresa que hay un plano de clivaje entre el cuello que representa el eje y la masa y ésta queda fija por tejido fibroso. Nosotros al hacer esta cirugía, dejamos todos los elementos fibrosos lo mismo que los linfáticos exceptuando en los casos de neoplasma. En los casos de lesiones benignas aconsejamos sistemáticamente dejar esa zona de tejido conjuntivo que después al hacerse la cicatrización va a dejar un núcleo de tejido conjuntivo en donde se agarran todos los elementos que ayudan a sostener la cúpula vaginal a la cual todavía le agregamos la fijación de los ligamentos redondos.

Ahora, hay un hecho muy importante que quiero destacar y es que

nosotros sistemáticamente cuando hacemos histerectomía total, la ligadura uterina la efectuamos en un solo block tomando todas sus ramas y el ligamento útero-sacro. Efectuamos la maniobra que leyó el Dr. Caprio, de meterse por dentro del ligamento útero sacro, lo hacemos sistemáticamente con la aguja pasando por dentro del útero sacro y tomamos sistemáticamente vagina, esto es lo importante, creemos que ahí está un poco el nudo de la cuestión, separando muy bien antes la vejiga, no tenemos peligro, ni temor a heridas del uréter, mismo después de hacer la ligadura. Este tiempo importante de la operación así concebido, creemos que es nuestro y en él está lo fundamental de la operación. Extirpado el útero, si disecamos el uréter, veríamos que éste queda lejísimos de la zona donde hemos hecho la ligadura. Se han ideado una cantidad de procedimientos y de maniobras para poner las pinzas en la uterina de tal manera que el uréter esté siempre alejado y todas estas maniobras siempre han sido un poco ilusorias, teóricas, el hecho es que todavía llega a nuestras manos y en el mundo entero hay comunicaciones con referencias a heridas de los uréteres o a ligaduras del mismo, con lesiones ureterales ulteriores a la operación por metrosis y escaras, por haberse desvitalizado el mismo.

Creemos que ese procedimiento es bueno en úteros no neoplásicos, en donde no hay necesidad de cuidarse del problema linfático. Es una operación que con esta técnica se simplifica y no hay riesgos ureterales.

En cuanto al Profesor Prat me interesa lo que ha dicho porque surge que no hay nada nuevo bajo el sol, y que cuando uno cree que ha ideado un procedimiento, este procedimiento, leyendo los libros viejos, aparece como una cosa que la gente antigua lo usaba, después se olvida, no se hace más, y otras generaciones vienen a descubrir lo que generaciones anteriores habían visto.

Mi procedimiento es un procedimiento personal: en la utilización de una cantidad de detalles, de maniobras que se conocen, juntas ellas resuelven con maniobras sencillas esa operación y evitan la colocación de pinzas, que siempre son tan peligrosas en la histerectomía total, por el trauma que puede dejar en las paredes vasculares.

En cuanto al Dr. Achard, le agradezco; está hecho un poco en la escuela nuestra, practica nuestra técnica y él ha visto la facilidad con que la cirugía de histerectomía total se hace con la misma, cómo es de sencilla, fácil de realizar, cómo no tiene ningún riesgo, tanto que los médicos jóvenes que todavía no están fogueados y no están madurados en la especialidad, la hacen con mucha facilidad, cosa que cuando nosotros empezamos a efectuar histerectomías totales con las viejas técnicas con la colocación de pinzas sistemáticamente, encontrábamos que teníamos un montón de pinzas en la pelvis, que no había que moverlas porque el brazo de palanca de las pinzas de Ford, brazo de palanca que con mucha facilidad se escapaban, había que estar ligando con cuidado, la ligadura zafaba y originaba luego dificultades enormes para hacer nuevos pinzamientos y traumatizando los vasos y, a veces salíamos de la operación sin saber si habíamos agraviado al uréter. Felizmente, en nuestro medio,

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

podemos decir, el Profesor Stajano lo ha dicho muchas veces aquí, vivimos en un medio quirúrgico donde las heridas del uréter no se ven sino por excepción. Hemos trabajado, el Dr. Chifflet se acuerda, en la sala 4 de Ginecología, mucho sobre este problema; es un problema que lo conocemos muy bien y por eso las generaciones que han venido, han visto que en nuestro medio el uréter no se lesiona, volvemos a repetirlo, sino por excepción; sin embargo, en los medios europeos y americanos altamente especializados, siempre en sus publicaciones traen casos de uréteres seccionados, ligados, fistulizados.