

LA HIPERTROFIA ESCLERO-ADENO-QUISTICA DEL CUELLO UTERINO POST-CONIZACION ELECTRICA (*)

Dres. Carlos Stajano y Alfonso Santos Dubra

La práctica ginecológica ha generado en el último quinquenio una nueva entidad anatomopatológica con motivo de la terapéutica de la cervicitis crónica mediante electrocoagulación y extirpación cónica del conducto cervical.

Nos referimos a la hipertrofia esclero - adeno - quística del cuello uterino, que se genera en el curso del año o año y medio, después de aquella intervención y sobre la cual nadie ha llamado la atención.

Consignamos este hecho a la Sociedad de Cirugía, por diversas circunstancias:

a) Porque puede interesar a la docencia y ser motivo de "alerta" a los post - graduados y al cirujano general que son los que prodigan un medio de tratamiento que han dejado de considerar, primero, en su falta de indicación precisa al elegir sus casos, segundo, en su forma de realizarla, tercero, y esto es lo importante, por generar una nueva entidad anatómica con los trastornos funcionales que esa intervención provoca. Dejamos establecido que no dirigimos al especialista, que nada tiene que aprender de cuanto exponemos

b) Porque es interesante comprobar como, cuando no existe un concepto claro de los hechos de la Clínica, los hombres de las distintas épocas replantean en discusiones estériles exactos argumentos, en defensa apasionada de mejores procedimientos, que son renovados con pequeñas variantes, y que por su sim-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 2 de mayo de 1956.

plismo, por su mal fundamento anatómico y por sus consecuencias ya evidentes deberían proscribirse en forma definitiva del arsenal terapéutico del práctico.

Numerosa documentación nos autoriza ya a afirmar que el procedimiento de la conización eléctrica se prodiga ante cualquier tipo de flujo cervical, sin precisar su procedencia e ignorando frecuentemente su múltiple etiología. Cualquier enrojecimiento cervical, aún por simple descamación epitelial, es considerado como una ulceración siendo condenado a la práctica de la conización. Es esto a nuestro juicio un abuso que no compartimos, dado que su aplicación no está libre de numerosas consecuencias, como ser, la de generar dismenorreas antes inexistentes, distocias del parto por estenosis cervical, frigidez, dispareunia, piometras, etc. Llamamos la atención sobre la necesidad de diferenciar las pseudocervicitis de las cervicitis verdaderas. Clínica, anatómica y funcionalmente son procesos enteramente diferentes, que el médico práctico en general desconoce y por consiguiente desvirtúa en sus tratamientos respectivos.

El segundo aspecto del problema lo constituye la forma de su realización que obliga a meditar respecto al objetivo de la extirpación. ¿Cuál es el límite que le asigna el práctico a la zona que extirpará tanto en ancho como en profundidad? En las pseudocervicitis en general, se limita a sacar un pequeño cono rodeando el límite del enrojecimiento periorificial, y en profundidad alcanzando el límite a priori, que se juzga suficiente. En las verdaderas cervicitis cuyas lesiones están lejos de ser periorificiales, constituyendo verdaderas infiltraciones de todo el parénquima cervical, las extirpaciones por lo tanto realizadas habitualmente son insuficientes, no obstante considerar que en estos casos la conización es hecha con más generosidad pero sin alcanzar a suprimir la totalidad de la lesión glandular profunda que se exterioriza en toda la periferia de estos cuellos voluminosos, al través de numerosos huecos de Naboth con la repleción glandular que asoma en la porción vaginal del cuello.

Como tercer aspecto, analizaremos las consecuencias anatómicas que la conización deja en el cuello residual y el objetivo que mueve a utilizar tal procedimiento, pese a la autoridad de los ginecólogos americanos que lo preconizan y que nosotros conde-

namos severamente. Todo procedimiento quirúrgico debe tener un fundamento anatómico, y de él deducir el resultado inmediato, cosa lograda al máximo con la conización. Pero debe también considerar el resultado retardado después de la pretendida anodina extirpación. Nuestra grave objeción al procedimiento es de orden anatómico. La conización extirpa toda la zona circunferencial de desagüe de las profundas glándulas cervicales. Las glándulas del cuello se pueden comparar a un dispositivo de largas botellas que circularmente drenan su contenido en el canal. La conización suprime el cuello de las botellas y deja el cuerpo y el fondo de las mismas a medio andar en el espesor del parénquima, enclaustrándolas en el territorio de la cicatriz. La primera consecuencia, es la retención glandular residual en el espesor del cuello. La segunda, es la distensión de esos fondos glandulares secretantes punto de partida de la fluxión vasculo conjuntiva refleja en el ambiente intersticial, por efecto de la distensión aguda, subaguda y crónica que se prolonga. Clínica y anatómicamente, se ha provocado una nueva entidad, que es la hipertrofia adeno conjuntiva crónica del cuello, generando un cuello hipertrófico con una corona de huevos de Naboth en toda la periferia y origen de toda una serie de trastornos funcionales que no es del caso analizar en esta Sociedad.

Una vez más sostenemos los conceptos que guiaron al viejo maestro Pouey a aconsejar el amplio y generoso tratamiento quirúrgico de las verdaderas cervicitis que merecen esa admirable cirugía de conservación, la que no ha admitido hasta hoy ninguno de los sustitutos con que se ha pretendido desplazarla, siempre y cuando se adopten las precisas indicaciones que aquel maestro puntualizó para evitar inconvenientes por defectos de técnica o de indicación.

Hemos operado ya numerosos casos de cuellos con la hipertrofia adeno conjuntiva cervical post conización realizando su amplia extirpación y hemos suprimido a la vez el cortejo de síntomas funcionales que lo acompañan.

Por instinto y por haber observado centenares de evoluciones aparentemente correctas, y algunas definitivamente lamentables, es que no quisimos realizar jamás, una cauterización química endocervical, y publicamos nuestro juicio condenatorio con

todos sus fundamentos (1). Hemos visto estenosis cervicales con todas las características de las fibrosis firmes (dismenorreas, dispareunia, frigidez, distocias. No insistiremos en ese viejo pleito y no es nuestro deseo volver a discutir. Sólo dejamos constancia de nuestra oposición, creyendo que es una forma de contribuir al criterio de una generación, dando oportunidad para elegir el camino de la elección frente a un tratamiento.

CONCLUSIONES

1º **La conización diatérmica, como tratamiento de la cervicitis es anatómicamente incompleta.** La profundidad por todos conocida del aparato glandular del cuello exime de un detalle descriptivo. *El variable espesor del cuello extirpado es insuficiente y los fondos glandulares amputados a medio andar*, configuran un semillero de adenomas quísticos que se hacen perceptibles en la periferia del cuello, teniendo en cuenta su progresiva repleción. He aquí una primera consecuencia anatómica, *la inclusión de glándulas en pleno tejido intersticial sin posibilidad de drenaje.*

2º) Como segunda consecuencia de este atentado con finalidad terapéutica destacamos, *la intensa esclerosis*, que rodea a *sacos glandulares en retención* configurando la imagen de la *hipertrofia cervical* que caracteriza a esta entidad de tipo experimental.

3º) Por último apartándonos del campo de la utilidad práctica y que se resumiría diciendo, que proscribimos este procedimiento, llamando sin embargo la atención del hombre de investigación, respecto al mecanismo productor de la esclerosis periglandular. En efecto la esclerosis multifocal paraglandular configura otro de los tantos ejemplos de la patología refleja en la que el proceso elemental fluxivo del intersticio se elabora alrededor de los sacos glandulares, movilizándose el tejido vasculomesenquimatoso, mediante un estímulo reflejo, sin la necesaria participación infecciosa, e inducido por *la injuria distensiva glandular subaguda y persistente.* Llamamos la atención sobre

(1) Stajano, C. - Santos Dubra A. — El vaciamiento conoideo de Pouey no debe ser desplazado por ninguno de sus pretendidos sustitutos. El Día Médico Uruguayo, tomo XIII, año 1956, pág. 1061.

este proceso elemental tan básico e importante, en la nueva Patología que hemos encarado al través de numerosas comprobaciones en el resto de la fisiopatología general.

4º) El tratamiento quirúrgico, la amplia amputación del cuello uterino con precisa demarcación de tejidos afectados, cura en forma radical esta nueva entidad, determinante de dispareunia, esterilidad, frigidez, dismenorrea, distocia.

Dr. Etchegorry. — Lo felicito al Dr. Stajano por haber tenido la excelente idea de traer este asunto aquí estando completamente de acuerdo con él, a pesar de no tener la experiencia que él luce.

Creo que se ha exagerado el procedimiento del vaciamiento y creo que no hay cirujano que no haya visto desastres como los señalados por Stajano; por lo tanto me parece muy razonable y muy bien que Stajano llame la atención sobre el asunto y ponga en guardia a los jóvenes que llevados por entusiasmo pueden creer que el procedimiento es anodino. Aun mismo en manos de grandes maestros, me refiero a Pouey, lo he visto fracasar y he visto desastres, por lo cual no creo sea la operación simple que todo el mundo piensa sino una cosa mucho más seria; aplaudo por lo tanto a Stajano por haber tenido la feliz idea de traer este asunto, ya que se trata de un tema que interesa a todos los cirujanos.

Dr. Stajano. — Muchas gracias.