

Cirugía conservadora en ginecología

Introducción

*Dr. MARIO F. OLAZABAL **

Queremos agradecer al Comité Ejecutivo del XXXIII Congreso Uruguayo de Cirugía por nuestra designación como coordinadores de la Mesa Redonda de Cirugía Conservadora en Ginecología.

Este tema extrae su importancia del hecho de que cualquier cirujano abdominal, puede encontrarse con que el proceso en causa de la laparatomía está en el aparato genital o que en el aparato genital existe un problema patológico concomitante cuyo tratamiento debe ser resuelto en ese momento. En esta situación se le plantea al cirujano el problema de la extirpación radical dejando mutilada a la enferma, o el de la conservación del aparato genital conservando así la posibilidad de menstruar y procrear.

Es necesario aquí afirmar el concepto de que debemos siempre ser respetuosos al máximo del aparato genital femenino. Es sorprendente ver, que guiados por este concepto, al tratar problemas benignos pero anatómicamente importantes en una mujer joven, rápidamente se corrige una esterilidad o infertilidad.

Abordaremos ahora dos capítulos que consideramos fundamentales como introducción a los temas de los ponentes.

- 1) Concepto de cirugía conservadora.
- 2) Límites dentro de los que se debe realizar la cirugía conservadora.

CONCEPTO DE CIRUGIA CONSERVADORA

La patología del aparato genital femenino le plantea al cirujano el problema de la extirpación o conservación del aparato reproductor.

Y esto es de capital importancia porque la extirpación del aparato genital implica tres órdenes de trastornos:

- 1) Destrucción del equilibrio endócrino y psíquico. El aparato genital forma parte del ciclo hipotalamohipofisogonadal y es el efector visible de este ciclo a través de la menstruación. Su existencia es un pivote en el que la mujer basa su normalidad endócrina y psíquica.
- 2) Pérdida de la capacidad generatriz con la enorme significación social, familiar, individual, que ello acarrea.

- 3) La extirpación brusca del aparato genital puede traer como consecuencia la aparición de una nueva patología, vinculada a la falta de secreción de los esteroides ováricos, que alteran profundamente la psiquis y el organismo de las enfermas.

Esta cirugía tiene pues la finalidad de conservar:

- 1) El equilibrio endócrino y psíquico de la mujer.
- 2) La capacidad generatriz al resolver problemas de esterilidad o de infertilidad que trastornaban la función de procrear.
- 3) A veces la corrección de malformaciones genitales que evitan la cohabitación normal de una pareja y el normal desarrollo del huevo.

LIMITES DE LA CIRUGIA CONSERVADORA

En primer lugar esta cirugía debe ser realizada en procesos demostradamente benignos. El tratamiento quirúrgico de los procesos malignos del ovario, trompa y útero (cuerpo y cuello) implican una extirpación radical y total del aparato genital. No se puede pensar pues en cirugía conservadora de los tumores malignos. Solamente a esto existen tres excepciones muy discutibles que serán consideradas por los compañeros ponentes. (Tumores de bajo potencial en el ovario. Carcinoma O del cuello. Conservación de ovarios en el carcinoma grado I del cuello).

Pero el concepto a recordar es que sólo la patología benigna es pasible de cirugía conservadora.

En segundo lugar la edad. Está fuera de discusión que esta cirugía es patrimonio de las mujeres jóvenes, en edad de procrear, o en las que todavía se cumple de una manera normal el ciclo hipofisoovárico. Los límites son difíciles de fijar pero se considera en general que los años cuarenta es una limitación para esta cirugía. Es evidente que este plazo puede ser alargado o acortado de acuerdo a las otras limitaciones aquí consideradas.

En tercer lugar es muy importante considerar la paridad o número de hijos de la paciente y su deseo de descendencia.

En cuarto lugar esta cirugía tiende a conservar el aparato genital, pero un aparato genital atacado de una patología y esto de por sí implica una responsabilidad.

Es evidente que la importancia de la atología a tratar puede llevar al cirujano a una

* Ex Asistente de Clínica Ginecológica. Fac. Med. Montevideo.

extirpación radical del aparato genital porque la entidad de las lesiones o la posibilidad de su repetición harían que poco tiempo después, nos encontráramos nuevamente en el mismo problema. En esto hay que considerar los deseos de la paciente, su edad y su equilibrio psíquico. Algunas pacientes entenderán el problema, otras no, como muy bien lo dice Tellinde. Es evidente que hacer cirugía conservadora sobre un aparato genital en el que la importancia de las lesiones obilgaran a dejar un órgano enfermo, no tiene razón de ser.

Por otra parte, el afán conservador no debe ir más allá de lo que la lógica fisiológica indica, ya que la extirpación de los ovarios con conservación del útero tampoco tiene razón de ser. El útero es el órgano efector de la secreción endócrina y exócrina del ovario. Al faltar ésta, deja de tener función aprovechable y se convierte en un órgano inerte e innecesario.

Hemos considerado necesario que antes de realizar la cirugía conservadora la paciente

sea exhaustivamente estudiada; el Dr. Poch nos mostrará cómo debe hacerse.

Luego el Dr. S. Pose se encargará de la cirugía conservadora del útero, cirugía en la que posee vasta experiencia.

El Dr. J. Polto se encargará de la cirugía conservadora del ovario.

El Dr. M. Rearden, de amplia experiencia en esterilidad y cirugía tubaria, nos hablará de la cirugía conservadora de la trompa de Falopio.

Por último el Dr. H. Rozada se ocupará del tema de complicaciones de la cirugía conservadora.

Todos ellos con amplia experiencia en los temas abordados, no podrán en los escasos 15 minutos reunir toda la vastedad de cada una de sus ponencias, por lo que insistirán fundamentalmente en las adquisiciones modernas de sus temas, remitiendo en parte a los congresales y lectores al Congreso de Cirugía de 1963 en que parte de estos temas ya fueron tratados.

Queda el Dr. A. Poch con la palabra.