

Evaluación preoperatoria de la cirugía conservadora en ginecología

Dr. LUIS ANDRES POCH *

La cirugía conservadora supone respetar órganos y funciones. El cirujano debe conservar —total o parcialmente— estructuras orgánicas lesionadas y corre el peligro de riesgos futuros y de posibles fracasos. En consecuencia, es imprescindible realizar todos los estudios previos que permitan evaluar el caso clínico, lo más exactamente posible, para determinar:

- diagnóstico preciso del proceso patológico aparente;
- diagnóstico de probable patología asociada, que puede hacer variar fundamentalmente el planteo terapéutico inicial;
- ventajas en realizar cirugía conservadora;
- riesgos que pueden derivar de esta conducta;
- cálculo aproximado de éxito.

De este planteo surge la validez o no de la cirugía conservadora.

Esta evaluación preoperatoria se hará en base a un correcto estudio clínico, complementado por los exámenes auxiliares, con el fin de lograr un conocimiento de la paciente en lo relativo a su estado general y ginecológico.

Estado general: interesa en particular, para esta cirugía, el estudio psiconueroendócrino.

En lo ginecológico, debe llegarse a un conocimiento exhaustivo de las condiciones anatómicas y funcionales del aparato genital femenino.

Hay dos investigaciones prioritarias fundamentales, que deben realizarse antes de plantear la cirugía conservadora:

- 1) Búsqueda de la infección genital latente; y
- 2) Despistaje del cáncer genital.

Cumplidas estas etapas es necesario recurrir al empleo de diversos métodos auxiliares de diagnóstico, muchos de ellos complementarios entre sí, que nos aportan conocimientos relativos al ciclo genital, fenómeno de la ovulación, transporte de gametos y nidación del huevo, que complementan los conocimientos clínicos.

I) ESTUDIO CLINICO

El interrogatorio y el examen físico siguen las normas conocidas y comprende el examen clínico general y el examen ginecológico propiamente dicho. Deben destacarse algunos factores que adquieren particular interés: edad, condiciones socioeconómicas, psiquismo, pesquisa de enfermedades hereditarias, historia conyugal, paridad, etc.

II) ESTUDIOS PARA CLINICOS

Se dividen en dos grandes grupos:

- 1) Exámenes auxiliares que son de rigor en toda futura operada, denominados "exámenes de rutina". En este grupo pueden in-

* Ginecotólogo. Hosp. Pereira Rossell. Montevideo.

cluirse algunos exámenes que se solicitan de acuerdo al caso clínico, por ejemplo: estudio radiológico del aparato urinario, en una enferma portadora de una malformación uterina, con el fin de descubrir posible malformación asociada genitourinaria. Este grupo es bien conocido.

2) Otra serie de exámenes y estudios paraclínicos cuya asociación permite lograr un conocimiento exhaustivo del estado anatómico-funcional del aparato genital femenino y de la constelación neuroendócrina de la paciente. Son imprescindibles para lograr el objetivo máximo de la cirugía conservadora en ginecología: mantener todas las funciones del aparato genital, en particular, las posibilidades de reproducción.

Se describirán los estudios de este segundo grupo, comenzando por los empleados para la búsqueda de la infección latente y el despistaje del cáncer genital.

1º) Búsqueda de la infección geni al latente.

Debe hacerse por varias razones:

- La infección latente puede ser la causa principal o coadyuvante del cuadro clínico.
- Su desconocimiento ocasiona complicaciones, a veces graves, cuando se realizan otras exploraciones (histerometría, legrado uterino, estudio radiológico contrastado de cavidades genitales).
- Su tratamiento, cuando la búsqueda es positiva, es paso previo al acto quirúrgico.

Esta búsqueda supone la etapa clínica y ciertos exámenes auxiliares: estudio bacteriológico y parasitológico de las secreciones y exudaciones genitales, cutirreacciones, cultivos y antibiogramas, exámenes serológicos y hematológicos (V.E.S. leucocitosis...).

Cuando se sospecha tuberculosis genital se hará cultivo e inculación al cobayo de sangre menstrual, solicitando los mismos exámenes para el endometrio, que será estudiado además por el anatomopatólogo.

2º) Despistaje del cáncer genital.

En sus formas incipientes y subclínicas el cáncer genital localizado en el cuello uterino, se despista mediante la complementación de la colposcopia, la colpocitología oncológica y la anatomía patológica.

Una forma inteligente y práctica de proceder es realizar la técnica conocida como "colposcopia ensanchada", que se describe.

La paciente debe concurrir en las condiciones requeridas para la obtención de frotis colpocitológicos, es decir: sin mantener relaciones sexuales en las últimas 24 horas, con interrupción de toda terapia local (óvulos e irrigaciones) por un lapso no menor de 48 horas y antes del examen genital.

Cumplidos estos requisitos el examen se hará en esta forma:

- Inspección colposcópica del cérvix, sin limpieza ni preparación.
- Limpieza del cérvix con torunda y toma de un frotis en el fondo de saco vaginal posterior, con espátula de Ayre.
- Estudio colposcópico del cuello, para el detalle de la vascularización se emplea la luz verde.
- Frotis del ectocérvix con espátula y frotis del endocérvix empleando en este caso una escobilla especial o cánula de aspiración.
- Inspección colposcópica utilizando diferentes tests, en general se emplean dos: el de Hinselman con solución de ácido acético y el de Schiller con solución de lugol.
- Frente a una lesión sospechosa debe hacerse biopsia dirigida.

Esta normatización del estudio colposcópico, permite efectuar en la misma sesión: el examen óptico con el colposcopio, la obtención del material para estudio citológico y en los casos indicados, el material de biopsia para el anatomopatólogo.

Otras localizaciones del cáncer genital, menos frecuentes que el cáncer de cuello, se despistan mediante la citología, estudio de material obtenido del cuerpo uterino (legado), etc.

Cumplidas las dos etapas prioritarias, anteriormente referidas, con resultados satisfactorios, se continuará el estudio, con otros exámenes que se enumerarán:

3º) Curva térmica.

Obtenida por la temperatura llamada basal, es un método sencillo, de información diaria, que aporta datos importantes sobre el ciclo genital.

4º) Estudio del contenido vaginal.

Se realiza con tres finalidades:

- búsqueda del factor infeccioso;
- despistaje de lesiones cancerosas, precancerosas y displásicas;
- diagnóstico del estado hormonal (colpocitología funcional).

5º) Estudio de las secreciones cervical y fúndica.

Fundamentalmente dirigido al estudio de la esterilidad conyugal, mediante los tests de Huhner-Sims y fúndico postcoital.

En lo relativo al moco cervical, sus caracteres físicos y el fenómeno de la cristalización, informan sobre el estado hormonal.

6º) Histerometría.

Sirve para medir la longitud del útero, en forma total o fraccionada (cuello-cuerpo) y además puede sospechar o descubrir la existencia de bridas o sinequias. Debe incluirse aquí el estudio del calibre del istmo por medio de bujías de Hegar, para los casos en los cuales se piensa clínicamente en la insuficiencia de este sector.

7*) **Biopsia de endometrio.**

Tiene dos aplicaciones fundamentales:

- a) Funcional: estudio citoquímico y morfológico del endometrio, obtenido con cureta Novak o Di Paola, en período premenstrual.
- b) Lesional: investigación de procesos inflamatorios o tumorales, benignos o malignos, mediante el legrado total de la cavidad uterina o legrado fraccionado de cuello y cuerpo.

8*) **Insuflación uterotubaria.**

Informa sobre permeabilidad o impermeabilidad tubaria; la interpretación de los trazados kimográficos, puede dar datos sobre el estado de la pared tubaria.

Constituye además un recurso terapéutico en el postoperatorio de la cirugía tubaria, pues la realización periódica de insuflaciones, ayuda a mantener la permeabilidad de este órgano.

9*) **Radiología.**

Deben distinguirse la radiografía simple y la contrastada.

Los medios de contraste pueden ser más transparentes o más opacos que los tejidos. Los primeros son gases y se utilizan en la neumopelvigrafía, los segundos son diversos medios de contraste con los cuales pueden rellenarse cavidades (como sucede en la histerosalpingografía) o vasos sanguíneos o linfáticos: arteriografía, flebografía y linfografía.

Pueden combinarse en placas contrastadas, ambos medios de contraste, siendo un ejemplo la ginecografía (Stein) que emplea simultáneamente la histerosalpingografía con el neumoperitoneo.

El descubrimiento del amplificador de luminosidad ha hecho posible un estudio más detallado al reducir la irradiación de la paciente, permite además sin riesgos realizar la radiocinematografía y la radiotelevisión.

La radiología es de enorme valor en el estudio del sector canalicular del aparato genital, pues la introducción de sustancia opaca en su interior, permite obtener una imagen del contorno, forma, posición, volumen y permeabilidad en sus diferentes sectores. Permite además valorar el tonismo uterino y el estado del peritoneo pelviano. Finalmente debe recordarse que la histerosalpingografía es un método invaluable para el estudio de las malformaciones uterinas y para la localización de las obstrucciones tubarias.

10*) **Laparoscopia.**

Se define como "la endoscopia de la cavidad abdominopelviciana previamente distendida por un neumoperitoneo artificial" (Palmer). Puede realizarse por dos vías: vaginal (culdoscopia) y abdominal (laparoscopia o celioscopia).

Se referirá la experiencia personal en laparoscopia, que se practica desde el año 1965, siguiendo las enseñanzas teóricoprácticas del Dr. Raúl Palmer recibidas en el Hospital Broca de París.

Instrumental (fig. 1).

a) *De laparoscopia.* Consta de dos sistemas: el primero integrado por un trocar con su vaina, permite crear la brecha parietal y el segundo se utiliza para el examen endoscópico y para maniobras auxiliares. Este segundo sistema consta de: una varilla de cuarzo que trasmite luz fría desde un reflector extraabdominal, las ópticas, una aguja de punción-biopsia y una pinza de biopsia y electrocoagulación. Estos elementos se colocan dentro de la camisa laparoscópica.

b) *De neumoperitoneo.* Se compone de: un trocar de neumoperitoneo, una fuente de gas (CO₂) y un manómetro.

c) *Para desplazar el útero:* se emplea el aparato de Riazzi-Palmer utilizado en histerosalpingografía.

Técnica.

Debe ser rigurosamente ejecutada por un cirujano ginecólogo, que previamente seleccionó el caso clínico.

Ambiente: sala de operaciones. Paciente en ayunas con vejiga y recto vacíos.

Anestesia: endovenosa (pentothal). Posición ginecológica.

Tiempos de ejecución.

1) *Producción y mantenimiento del neumoperitoneo.* La aguja de neumoperitoneo se introduce en un punto situado a un través de dedo del reborde costal izquierdo, en su parte media.

Al atravesar el peritoneo, se conecta la aguja con una fuente de gas, que inyecta CO₂ en forma lenta y paulatina, controlándose en forma permanente por la clínica y la manometría, la creación del neumoperitoneo. La presión máxima dentro del circuito es de 200 mms. de agua equivalentes a 15 mms. de mercurio.

2) *Colocación del aparato de Riazzi-Palmer.*

3) *Se lleva a la paciente a la posición de Trendelenburg.*

4) *Introducción del trocar laparoscópico.* Se utiliza el punto de Ruddock, situado en la línea media a 4 cms. por debajo del ombligo. Una vez atravesada la pared, se retira el trocar de su vaina y se introduce en ésta la camisa laparoscópica con su óptica, su varilla de cuarzo conectada al reflector extraabdominal.

5) *Observación celioscópica:* comienza por localizar el fondo uterino como punto de referencia y desde allí se realiza la inspección del contenido abdominopelviciano. Para facilitar la visualización del aparato genital interno es muy útil la sonda de histerosalpingografía, con la cual el útero se moviliza de acuerdo a las exigencias del examen endoscópico.

En este momento pueden realizarse las maniobras asociadas: biopsia electrocoagulación, liberación de adherencias, punciones, inyección

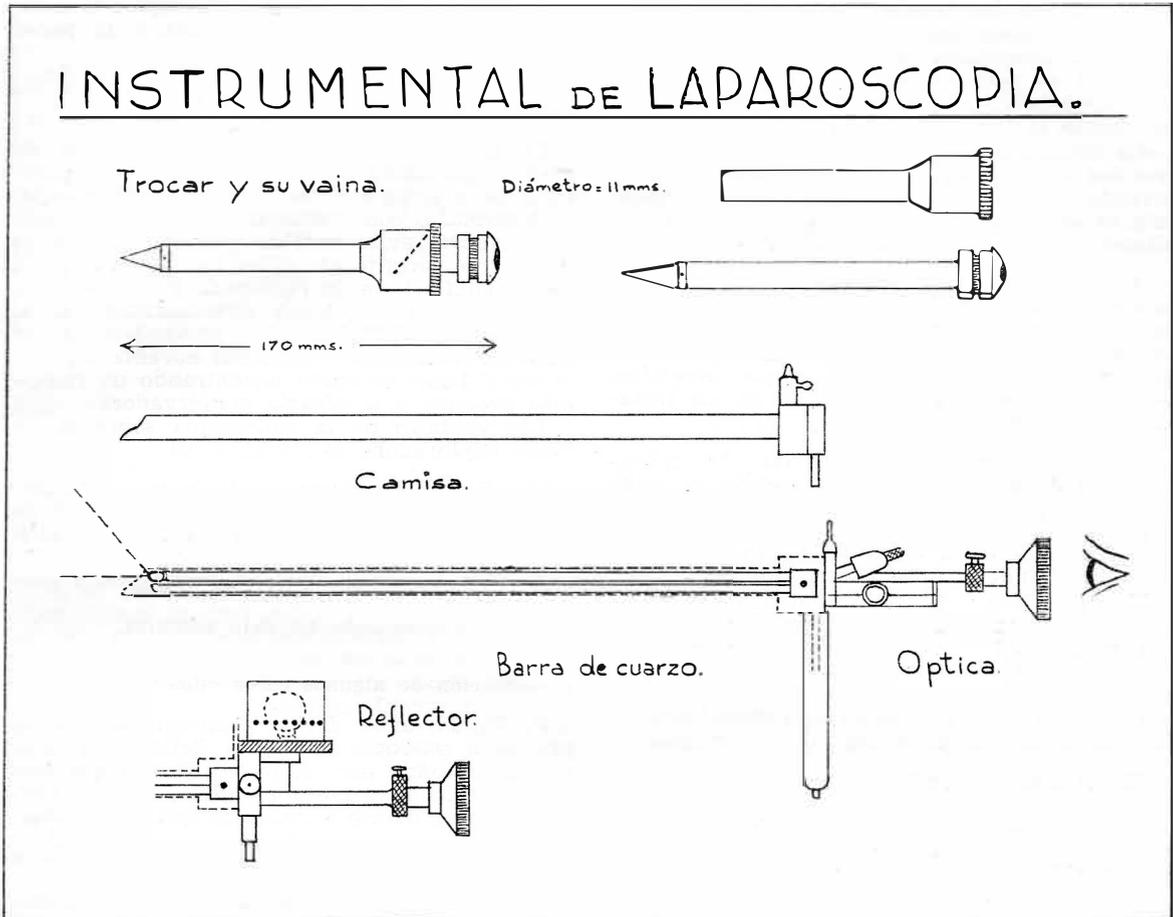


FIG. 1.

de líquido coloreado a través de la sonda de Riazzi-Palmer, para estudio de permeabilidad tubaria, inyección de gas con el mismo fin.

- 6) Se retira la camisa laparoscópica.
- 7) Se lleva al paciente en posición horizontal y se facilita la salida del gas por compresión suave de la pared abdominal.
- 8) Se retira la vaina del trocar.
- 9) Sutura de piel y celular con un punto.

Postoperatorio. La enferma permanece en decúbito horizontal por espacio de 12 horas, para que termine de reabsorber el gas restante sin molestias. Si la laparoscopia se realizó por la mañana, de noche puede cenar en forma ligera y abandonar el hospital al día siguiente. Si se comprueba un proceso inflamatorio la internación será más prolongada y si de la observación celioscópica surge la validez de una intervención quirúrgica, se procederá, salvo casos especiales, a efectuar éste a continuación de la endoscopia.

Indicaciones.

Las indicaciones de la celioscopia, pueden esquematizarse en la forma siguiente, de acuerdo al Dr. Raúl Palmer. Dentro del cuadro general se referirán las relativas a la aplicación de este examen en la evaluación preoperatoria de pacientes en las cuales se plantea la cirugía conservadora.

1) *Casos en los cuales por otros métodos no se llega a un diagnóstico seguro, frente a un proceso que puede ser de tratamiento quirúrgico.* En este caso se encuentran pacientes estériles en las cuales el clínico se pregunta si una intervención quirúrgica es legítima o no. Por ejemplo: si una enferma presenta a la HSG una obstrucción tubaria proximal, es evidente que el estado del resto de la trompa solo puede apreciarse por la celioscopia que nos informará si tiene o no posibilidades de éxito una plastia.

Cuando la obstrucción tubaria es distal, la celioscopia puede informar sobre lesiones asociadas que hagan desechar la intervención operatoria o modificar el plan terapéutico.

2) *Esterilidad rebelde.* Se recurre a la celioscopia cuando los exámenes efectuados no permiten determinar la o las causas de la esterilidad de una paciente o cuando contando con diagnóstico lógico y tratamiento correspondiente la paciente no se embaraza.

En estas situaciones la laparoscopia aporta muchas veces resultados insospechados, descubriendo una tuberculosis genital inaparente, una endometriosis, la existencia de factor peritoneal motivo de la esterilidad, etc.

3) *Diagnóstico de amenorreas primarias.* La laparoscopia permite visualizar lesiones diversas, tales como: agenesia ovárica, hipoplasia irremediable de los ovarios, malformaciones graves del tractus mülleriano, que descartan en estas enfermas la posibilidad de un tratamiento quirúrgico.

4) *En amenorreas secundarias.* La celioscopia es de gran valor en el estudio de estas amenorreas y en general en todas aquellas acompañadas de hirsutismo. Muchas veces la celioscopia rectifica el informe radiológico de "ovarios grandes" u "ovarios pequeños".

En el síndrome de Stein-Leventhal, la biopsia intracelioscópica permite certificar el caso por medio del estudio histológico y adoptar en ciertas pacientes una conducta quirúrgica diferida.

Para completar el cuadro de indicaciones de la laparoscopia se citan tres últimos grupos:

5) *Algias pelvianas rebeldes.*

6) *Diagnóstico de ciertas tumefacciones pelvianas, al parecer genitales, pero de interpretación dudosa.*

7) *Diagnóstico de extensión y recidiva cancerosa* (solamente se hace a título informativo pues escapa evidentemente a nuestro tema).

Elección de la fecha para realizar la laparoscopia. En casos de posible sanción quirúrgica se practicará la laparoscopia en la primera mitad del ciclo.

En problemas funcionales o cuando deseamos estudiar la ovulación, se elige el día 25º del ciclo o la fecha de probable ovulación, respectivamente.

Contraindicaciones.

Las contraindicaciones pueden dividirse como lo hacen Albano y Cittadini en:

1) *Contraindicaciones a la creación del neoperitoneo:* enfermas cardíacas o respiratorias graves, presencia de hernias que tengan peligro de estrangulación por el aumento de presión intraabdominal.

2) *Contraindicaciones a la laparoscopia propiamente dicha.* a) Absolutas: peritonitis aguda o subaguda aunque impresione esta última como localizada. b) Relativas: antecedentes de peritonitis generalizada y laparotomía anterior.

Estas contraindicaciones referidas en segundo término, tienden a evitar uno de los ries-

gos más importantes de la celioscopia: la herida de un asa intestinal adherida a la pared abdominal.

Conclusiones.

La laparoscopia es un examen auxiliar de gran importancia en la evolución preoperatoria de la cirugía conservadora en ginecología.

Reemplaza con ventajas a la laparotomía exploradora, evita muchas veces laparotomías inútiles o permite en otros casos, postergarla para beneficio de la enferma. Para citar un ejemplo de esta última eventualidad: si el celioscopista descubre una endometriosis, se hará un tratamiento hormonal durante algunos meses y luego se opera encontrando un campo más propicio a la cirugía conservadora.

Las ventajas de la celioscopia sobre la cirugía exploradora se resumen así:

- Requiere solamente 24 horas de internación y tres días de reposo a partir de los cuales la paciente recupera su actividad normal.
- Presenta menor riesgo anestésico y quirúrgico.
- Prácticamente no deja secuelas.

Presentación de algunos casos clínicos.

F. V. 17 años. Datos clínicos: amenorrea primitiva, ausencia de vagina. Celioscopia: útero representado por un tracto fibroso que termina a cada lado por un nódulo. Anexos normales, sobre ovario derecho un quiste folicular.

B. P. 26a. Esterilidad primitiva desde hace 7 años. Insuflación uterotubaria: curva de obstrucción. HSG: obstrucción tubaria proximal bilateral. Dismenorrea primitiva. Celioscopia: dos quistes endometriósicos uno en cada ovario. A nivel del ligamento redondo derecho y en ligamentos útero sacros nódulos endometriósicos (fig. 2).

L. F. de M. 30 años. Esterilidad primitiva. Proceso anaxial crónico. Celioscopia: nódulo caseoso típico en trompa izquierda, otro más pequeño a su lado. Cuerpo amarillo en ovario derecho. Adherencias perianexiales. Legra-

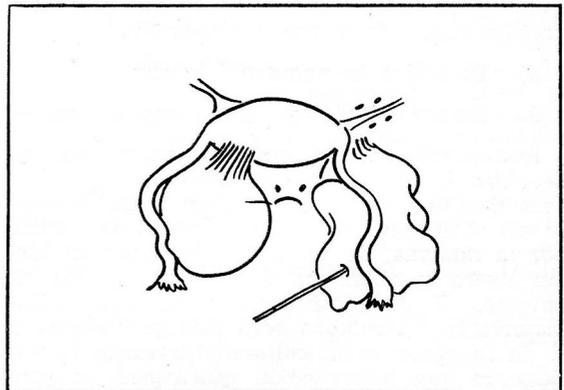


Fig. 2.

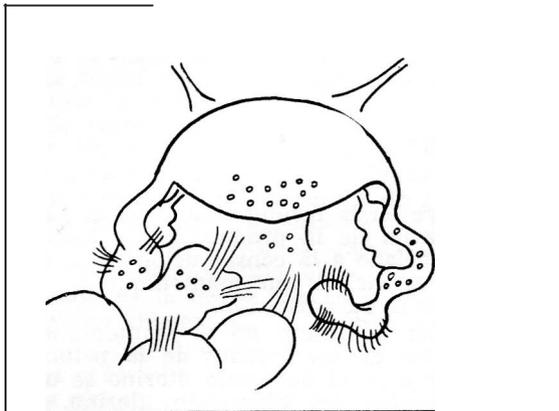


FIG. 3.

do durante la celio para estudio bacteriológico y A.P. del mismo. Conducta: tratar su BK y desaconsejar cirugía por su esterilidad.

N. R. de R. 36 a. Dolor pelviano crónico. Gran obesa lo cual dificulta el examen clínico. No se pudo realizar la HSG. Celio: endometriosis difusa en fondo de saco vésico uterino, quiste endometriósico en ovario derecho, otro mayor en el izquierdo. Derrame de sangre lacada en el Douglas. Hidrosalpinx derecho. Plan: tratamiento hormonal, luego del cual se operará.

L. J. 26 años. Oligohipomenorrea. Tumorción para uterina izquierda. Celio: Tuberculosis genital de forma miliar (fig. 3).

L. S. 29 años. Esterilidad secundaria. Proceso anexial crónico; Celio: hidrosalpinx bilateral más marcado a izquierda. Adherencias. Se puede intentar la cirugía tubaria de plastia.

RESUMEN

La cirugía conservadora en ginecología, requiere una completa y detallada evaluación preoperatoria para lograr sus objetivos y evitar que la paciente vea comprometido su futuro manteniendo un proceso patológico en evolución.

Descartados la infección y el cáncer genital, debe completarse el estudio, fundamentalmente en lo relativo al estado anatomofuncional del aparato genital y el estudio psiconeuroendócrino de la paciente.

A los datos clínicos se unirán los resultados de los exámenes paraclínicos. Cada examen auxiliar tiene sus alcances y sus limitaciones. Cuando sus resultados convergen hacia una misma orientación diagnóstica, la certeza será mayor.

Dentro de estos exámenes se desarrolla con mayor extensión lo referente a la laparoscopia por ser un método de aplicación cada vez más frecuente en ginecología.

RÉSUMÉ

La chirurgie conservatrice en gynécologie requiert une évaluation préopératoire complète et détaillée pour atteindre ses objectifs et éviter que la malade voit son

futur compromis en maintenant un processus pathologique en évolution.

L'infection et le cancer écartés, l'étude doit être complétée fondamentalement en ce qui concerne l'état psycho-neuro-endocrinien de la malade. Aux données cliniques seront ajoutés les résultats de divers examens paracliniques. Chaque examen auxiliaire possède des limites. Lorsque ses résultats convergeront vers une même orientation diagnostique, la certitude sera majeure.

De ces examens se développe plus amplement ce qui a trait à la laparoscopie en tant qu'étude d'application chaque fois plus fréquente en gynécologie.

SUMMARY

In order to reach its goal conservative gynaecological surgery, requires a complete and detailed pre-operative test which in future can keep the patient free any pathological process.

Once genital cancer and infection have been discarded, the anatomical and functional aspects of the patient's genital apparatus should be studied, as well as her psychic-neuroendocrinal characteristics. Clinical data must be completed with paraclinical tests. Auxiliary tests both have benefits and limitations.

Greater accuracy is obtained when the test's results are situated on the same diagnostical line.

Nowadays, laparoscopy is the most developed and frequently used gynaecological exam.

BIBLIOGRAFIA

ALBANO, V., CITTADINI, J. "La celioscopia in ginecologia. Denaro Ed. Palermo. 1962.
 ARENAS, N., BETTINOTTI, A. y MURRAY, E. "Esterilidad conyugal". Ed. Bib. Argentina. 1956.
 BELLOSO, R. "Riesgos en la cirugía ginecológica". Ed. Delta. 1961. Montevideo.
 BOTELLA LLUSIA, J. "Endocrinología de la mujer". Ed. Cient. Médica. Barcelona. 1961.
 BOTELLA LLUSIA y Colab. "Tratado de esterilidad". Madrid. 1968.
 BRET, J. y COUPEZ, F. "Colposcopia". Masson et Cie. Paris. 1960.
 CALATRONI-RUIZ. "Terapéutica ginecológica". Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1970.
 CRAMER. "Colposcopia pratique". Ed. Thieme. Stuttgart. 1956.
 CROSSEN, H., CROSSEN, R. "Enfermedades de la mujer". Un. Tip. Ed. Hispano Americanos. México. 1946.
 CROTTOGINI, J., PARADA, R. "Cinecología radiológica". Ed. Delta Pan. Montevideo. 1964.
 DALSACE, J., GARCIA CALDERON, J. "Ginecología radiológica". Luis Miracle Ed. Barcelona. 1958.
 JEFFCOATE, T. "Principles of gynaecology". Ed. Butterworth Co. Lon. 1957.
 PALMER, R., Mme. PALMER. "Les explorations fonctionnelles gynécologiques". Masson et Cie. Paris. 1963.
 PALMER, R. "La sterilité involontaire". Masson et Cie. Paris. 1950.
 PALMER, R. "La coelioscopia gynécologique". Enc. Médico-Chirurgical. 1956. 76-C19 pp. 1-10.
 POCH, L. A. "Celioscopia ginecológica". Ier. Congr. de Esterilidad Argentina, Rosario. 1968 p. 792.
 ROBERT, H. "Techniques d'exploration et traitement en gynécologie". Ed. Méd. Flammarion. 1960.
 STOECKEL, W. "Tratado de ginecología". Ed. Morata. Madrid. 1941.
 THOYER ROZAT, J. "La coelioscopia". Ed. Masson et Cie. Paris. 1962.