

## *Cirugía conservadora del útero*

Dr. SERAFIN V. POSE \*

Un tratamiento quirúrgico conservador debe considerarse como tal, en cuanto conserva las funciones del órgano sobre el que actúa.

En el útero pueden considerarse tres funciones. Una de ellas, básica, es la *función generatriz* o de la concepción, entendiéndose por tal la capacidad de recibir el huevo, anidarlo, sostenerlo y nutrirlo durante todo el embarazo, permitiendo el desarrollo de un feto que originará un recién nacido vivo y sano. Aparte de esta función fundamental el órgano tiene dos funciones accesorias: son la *función menstrual* y una *función en el mantenimiento de la estática de los órganos de la pelvis*.

La conservación de la *función menstrual* tiene importancia por la repercusión psicológica sobre la paciente y por la posible función endócrina del endometrio. La repercusión psicológica producida por la supresión de la menstruación es de diferente magnitud según el ambiente socio-cultural y el nivel de educación, considerando los otros factores iguales. En muchos países no se considera importante este efecto y cuando se practica cirugía uterina no se realizan mayores esfuerzos por conservar esta función. En nuestro medio suele ser frecuente que las pacientes en edad genital activa deseen mantener la menstruación. Su desaparición les crea un sentimiento de castración con desarrollo de un complejo de inferioridad. Estas reacciones son variables: según la edad de la paciente, siendo generalmente menos intensos en las mujeres próximas a la edad de la menopausia normal y en las que están satisfechas con el número de hijos concebidos; y según las características psicológicas de la enferma. Hay que recordar además que una mujer que aún desee tener hijos tolera en general mejor la esterilidad impuesta por el tratamiento quirúrgico si conserva la menstruación, que si ésta es suprimida. Se debe analizar la situación emocional de la paciente en cada caso antes de decidir una cirugía radical que elimine la función menstrual. Lo dicho no invalida que haya enfermas que deseen que se les suprima la menstruación o que toleren bien la situación, si se las prepara para ello.

Desde hace muchos años se ha supuesto que el endometrio pueda tener una *función endócrina*. Esta suposición, nunca definitivamente demostrada, ha sido sustentada periódicamente por algunos autores. En la actualidad con el empuje que se registra en el estudio de las prostaglandinas, se ha descrito la producción de estas sustancias a nivel del endometrio (15). Sin embargo, como la acción de las prostaglan-

dinas influye en la fecundación y en el parto, la conservación de la producción de las mismas está asociado a la conservación de la función de procreación con mantenimiento, por supuesto, de la menstruación.

La función del útero en el mantenimiento de la *estática de los órganos de la pelvis* se basa en que a nivel del istmo uterino se unen los componentes del retináculo uterino. Las distopías uterinas, particularmente la retroverso flexión, favorecen la protrusión del útero por la vagina arrastrando consigo la vagina, las fascias que la unen a los órganos vecinos y los componentes del retináculo uterino.

Las técnicas quirúrgicas destinadas a mantener el útero o parte de él para conservar la estática de la pelvis como las operaciones de Halban o de Spalding Richardson, son cada vez menos empleadas ya que la buena solidarización de los componentes del retináculo uterino con los ligamentos redondos, da en general, un resultado satisfactorio.

### CONSERVACION DE LA FUNCION DE GENERACION

En la mesa redonda de la Seccional de Ginecología del XIV Congreso Uruguayo de Cirugía se trató con extensión buena parte de la cirugía conservadora del útero. Por este motivo, y por razones de espacio, se tratará aquí solamente la conservación de la función de procreación con la intención de abordar los aspectos que se han desarrollado más desde la publicación anterior.

Las afecciones a tratar quirúrgicamente pueden presentarse a nivel del cuerpo o del cuello del útero, durante o fuera de la gestación. Las noxas son de naturaleza tumoral, infecciosa, traumática o congénita.

La cirugía uterina puede estar indicada porque la afección a tratar cause infertilidad o esterilidad o porque su existencia afecte la salud general de la paciente. Por ejemplo una miomatosis uterina tiene indicación quirúrgica "per se" aunque el nódulo a tratar no perturbe el normal desarrollo de un embarazo.

### Condiciones e indicaciones para realizar una cirugía conservadora de la función de generación.

Cuando no se actúa de urgencia o durante la gestación, antes de practicar intervenciones destinadas a mantener la función de generación se deben estudiar cuidadosamente las funciones del ovario y de las trompas. Esto es aparte del estudio general y regional y del descarte de toda posibilidad de una afección maligna concomitante, obligatorios en toda operación ginecológica.

\* Profesor Adjunto de la Clínica Ginecitológica "B". Fac. Medicina, Montevideo.

Cuando hay un trastorno de la ovulación, debe ser tratado antes de la operación. Es obvia la falta de sentido de la conservación de la función que nos ocupa, si no se puede corregir la falta de ovulación. Se debe realizar de rigor una histerosapingografía para valorar las alteraciones de la cavidad uterina y la permeabilidad tubaria. En las miomatosis, por ejemplo, la alteración de las trompas puede ser debida a los tumores o a otra causa. En el primer caso se refuerza la indicación de la miomectomía, en el segundo, el tratamiento de la lesión tubaria puede realizarse al mismo tiempo que la miomectomía, según las directivas que indicará el Dr. Rearden.

Sin constituir una contraindicación absoluta de la cirugía conservadora pueden existir condiciones asociadas en las que no es conveniente mantener la función. Cuando existen deben ser utilizados para aconsejar convenientemente a la paciente. El ejemplo más típico de este tipo de condiciones es la edad de la paciente; en general no se aconseja realizar este tipo de cirugía por arriba de los 40 años. Después de esta edad las posibilidades de fecundidad disminuyen mucho y además aumentan los riesgos del producto de la concepción, tanto por el aumento de la mortalidad perinatal (2) como por la mayor incidencia de malformaciones congénitas (mongolismo). La concomitancia de diabetes, sobre todo en sus formas graves, de hipertensión arterial, de insuficiencia renal, de afecciones cardíacas, enfermedades hereditarias, para no citar nada más que las más graves, deben, por los riesgos maternos y fetales que implican, desaconsejar esta cirugía.

Al manejar estos factores no se puede ser sistemático, el límite de edad por ejemplo puede fijarse antes o después de la citada según todos los factores en juego, particularmente según el deseo de la paciente de tener hijos. En todos los casos se debe respetar la voluntad de la paciente una vez que haya sido correctamente ilustrada.

#### Casos clínicos.

La Srta. N. S. de 41 años de edad nos consultó por tumoración de hipogastrio y menorragias. El examen recto abdominal reveló una miomatosis uterina. Al plantear las diferentes posibilidades quirúrgicas expresó su afincado deseo de "no quemar las naves". Se le practicó una miometrectomía con extirpación de 8 nódulos miomatosos.

La Sra. E. M. de P. de 38 años de edad, madre de edos hijos sanos ingresó para ser tratada por una miomatosis. Expresó el deseo de quedar en condiciones de poder concebir, ya que sus hijos pertenecían a un matrimonio anterior, habiéndose casado recientemente en segundas nupcias.

Se podría abundar en muchos ejemplos correspondientes a razones psicológicas, sociales o religiosas que motivan los deseos de las pa-

### TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FUNCION DE GENERACION EN LAS AFECCIONES DEL CUERPO UTERINO

#### Causas tumorales.

Ningún tipo de tumor maligno del cuerpo uterino puede ser pasible de una terapéutica conservadora.

Desde el punto de vista práctico la miomatosis uterina es la única afección del tipo que estamos tratando que compromete la función de generación, sea porque la miomatosis cause esterilidad o infertilidad o, lo que es menos frecuente, por causar malformaciones.

La esterilidad es producida por obstrucción tubaria, generalmente por desplazamiento de las trompas (6) o por nódulos ístmicos o cervicales que impiden la progresión de los espermatozoides.

La infertilidad puede ser producida por alteraciones de la nidación, sea por modificaciones profundas de la cavidad uterina o de la superficie endometrial o por exceso de contractilidad. La implantación del huevo puede ser impedida y el caso simula una esterilidad o ser defectuosa y la paciente se presenta como una abortadora habitual. En los embarazos que prosiguen hasta etapas adelantadas de la amenorrea no es raro ver una mayor incidencia de casos de placenta previa.

La nidación del huevo puede ser suficiente para conservar su vitalidad pero el embarazo no mantenerse y terminar en aborto o parto prematuro por alteración del útero, incapaz de distenderse hasta poder albergar al huevo de término. En algunos casos el feto puede llegar al término y presentar malformaciones (hemos visto casos de pie bot y Genu recurvatum) por vicios de la actitud fetal. Por último las alteraciones de la pared uterina pueden ser causantes de presentaciones distócicas, o los nódulos actuar como tumor previo en el parto.

Cuando una miomatosis uterina no es causante de infertilidad, su tratamiento puede estar indicado por el volumen del tumor, por los trastornos funcionales genitales que produce o por la perturbación de la función de los órganos vecinos. Fuera de estas circunstancias puede diferirse la extirpación de un nódulo miomatoso pequeño en una mujer de unos 30 años que, sin historia de esterilidad, desee tener hijos.

Las técnicas de la miomectomía o de la histerectomía fúndica han sido ampliamente difundidas y son accesibles en cualquier texto de cirugía ginecológica. En nuestro medio citamos las publicaciones del Dr. R. Belloso (3) y el relato presentado por el Dr. M. Novoa al XIV Congreso Uruguayo de Cirugía (9). Sólo deseamos señalar que en la Clínica Ginecológica B sólo por excepción se practica la histerectomía fúndica por miomatosis uterina, conservando la función generatriz (técnicas de Passeron). En cambio es frecuente la indicación de miomectomías. Como complemento de esta técnica se considera importante la realización de una miometrectomía sobre todo en los casos de miomatosis florida. La hipertrofia del miometrio es frecuente en estos casos

y la miometrectomía, aparte de eliminar muchos nódulos miomatosos no visibles, permite dejar una pared uterina de mejor calidad funcional. Se practica casi sistemáticamente el bloqueo circulatorio de los vasos uterinos con una sonda de Nelaton atravesada por la parte avascular de los ligamentos anchos y apretada a nivel del istmo uterino. En algunas oportunidades se bloquea además la circulación del pedículo uteroovárico con clamps forrados de goma [técnica de Borrás (4)]. Personalmente no nos ha parecido que este agregado de la técnica de bloqueo disminuya en forma evidente el sangrado del campo operatorio. Se controla cuidadosamente la hemostasis aflojando la sonda al terminar la miomectomía. Se utiliza como material de sutura el catgut cromado fino en todos los planos necesarios no dejando espacios muertos. Preferimos no peritonizar según la técnica de Pestalozza ya que estas pacientes, en caso de embarazo, seguramente tendrán indicación de cesárea y la elevación de la vejiga siempre es un riesgo en esta operación. Por otra parte estamos satisfechos con la peritonización lograda con el peritoneo uterino utilizando para ello catgut enhebrado. Personalmente no buscamos sistemáticamente abrir la cavidad uterina (prácticamente todas las pacientes tienen un legrado uterino y una histerosalpingografía previas) pero no hay inconveniente si esto sucede durante la intervención. Por excepción y en casos de tumores cervicales o paridos en la vagina se emplea la vía vaginal.

El manejo de las trompas, en caso de haber sido mutiladas, será tratado por el doctor M. Rearden.

Aun cuando el Dr. H. Rozada tratará la evolución alejada de estas pacientes, señalamos que, en caso de gravidez indicamos una cesárea electiva al término del embarazo, debido a que nunca se puede asegurar el estado de la cicatriz, aun cuando en la mayoría de los casos nos hemos encontrado con paredes uterinas en excelente estado, en las que a veces es difícil localizar las cicatrices operatorias. Si la miomatosis reaparece después de una intervención, no hay inconveniente en repetir la miomectomía, si las indicaciones de la misma persisten. Como examen postoperatorio de control se indica una nueva histerosalpingografía.

#### **TRATAMIENTO DE LA MIOMATOSIS UTERINA DURANTE EL ESTADO GRAVIDOPUERPERAL**

Nuestra tendencia es siempre conservadora tanto durante la gravidez como en el curso de una cesárea, o en el puerperio.

En caso de sufrimiento del mioma durante el embarazo agotamos las posibilidades del tratamiento médico ya que el tratamiento quirúrgico, si bien es posible, es siempre riesgoso para el embarazo.

Si en el caso de una tumoración del abdomen se realiza una laparotomía por sospecharse una tumoración ovárica o de otra naturaleza durante la gravidez y se encuentra un mioma uterino nos abstenemos de actuar sobre él.

La laparotomía exploradora debe utilizarse durante el embarazo, si está justificada y en general no perjudica al feto.

#### **Causas infecciosas.**

Por excepción está indicado actuar sobre el cuerpo del útero por causas infecciosas y ellas están en la mayoría de los casos vinculadas con abortos casi siempre provocados.

Somos conservadores del útero en los abortos infectados. Con la cobertura de la antibióticoterapia evacuamos el útero prácticamente en todos los casos. Las indicaciones de histerectomía está limitada a los casos muy graves que no mejoran con tratamiento médico. Sería imposible desarrollar el tema en esta oportunidad y remitimos al lector a las publicaciones del V Congreso Uruguayo de Ginecología (13).

En los contados casos de piometras que se presentan durante la edad genital activa, la evaluación de la función uterina, después de la evacuación por vía transcervical y del tratamiento médico, permitirá decidir la conducta a seguir con el órgano.

#### **Causas traumáticas.**

Las lesiones del cuerpo uterino fuera del embarazo son casi exclusivamente iatrogénicas. La perforación uterina producida durante una exploración intrauterina o un legrado debe ser reconocida a tiempo para no ampliar la brecha provocada y manejada con tratamiento médico expectante.

Durante el estado grávido puerperal las lesiones son más frecuentes.

Suele verse perforaciones uterinas provocadas por maniobras evacuadoras del útero, casi siempre en caso de abortos criminales. Por desgracia esta situación es ocultada y las pacientes generalmente consultan en etapas tardías, complicadas. En estas circunstancias domina la infección sobre la lesión traumática. Los casos se presentan como una peritonitis, hay lesiones de metritis y es difícil mantener un criterio conservador de las funciones del útero. En los casos que consultan más precozmente la conservación de la función generatriz depende de la extensión de la lesión y sobre todo de las lesiones vasculares existentes. En heridas aparentemente muy extensas puede conservarse la completa funcionalidad del órgano realizando un correcto debridamiento y sutura siempre que no haya lesiones vasculares que comprometan la vida de la enferma.

En casos excepcionales puede incluso mantenerse el embarazo.

#### **Caso clínico.**

Mujer de 20 años, gravidez de 2 meses de amenorrea. Consulta porque en el curso de maniobras abortivas se extrajo el epiplón a través del cuello uterino. En el curso de la laparotomía exploradora se vio que el órgano había sido exteriorizado a través de una pe-

queña brecha proxima al borde derecho del útero. Se reseco el epiplón y se suturó la herida uterina. El embarazo prosiguió normalmente hasta el término.

Las roturas uterinas espontáneas durante el embarazo son raras, graves y casi nunca diagnosticadas precozmente. Las indicaciones operatorias son generalmente por anemia aguda. En la intervención frecuentemente sólo se puede conservar, a veces, la función menstrual. La rotura uterina durante el parto es más frecuente y cada vez más, con la asistencia sanatorial de los partos, se puede diagnosticar precozmente. De preferencia asienta sobre el segmento uterino y con frecuencia se extienden hasta los bordes del útero provocando graves lesiones vasculares. Aun cuando la ligadura de una arteria uterina tanto durante como fuera del embarazo no produce importantes alteraciones de la irrigación del órgano, rara vez deja de asociarse una esterilización al tratamiento de estos casos, por tratarse frecuentemente de múltiparas. Sin embargo, si el caso lo permite se puede muchas veces regularizar y suturar los bordes de la herida, con conservación de la función de procreación.

Tanto en las roturas uterinas como en las perforaciones debe tenerse siempre presente la posibilidad de la lesión de la cara posterior del órgano. Cuando esto sucede la sintomatología peritoneal es tardía o pauci sintomática ya que el útero grávido aísla el peritoneo parietal anterior del foco de la lesión. Debe enfatizarse la importancia de la correcta semiología de fondo de saco de Douglas y de la exploración de este sector cuando se interviene quirúrgicamente.

#### Sinequias.

Las sinequias uterinas pueden provocar esterilidad o infertilidad por causas mecánicas o funcionales.

La *etiología* de las sinequias es traumática, secundaria a legrados uterinos o a intervenciones como miomectomías o cesáreas. La existencia del embarazo o de una infección son condiciones concomitantes que facilitan la formación de las sinequias uterinas.

Como forma especial, poco frecuente en nuestro medio, puede señalarse la formación de las sinequias por el uso de cáusticos intrauterinos. En la última Guerra Mundial se esterilizaron un número muy grande de mujeres de los grupos semíticos mediante el uso de cáusticos intrauterinos.

Por su *localización* las sinequias pueden ser ístmicas, cervicales, corporales o combinadas. Pueden ser totales cuando toman toda la superficie del útero, denominándose en estas circunstancias atresia uterina. Las más frecuentes son las ístmicas debido a que a este nivel la acción traumática de la cureta en los legrados, es más intensa.

Por la *anatomía patológica* pueden ser mucosas (que son las más frecuentes) o fibrosas. En algunas circunstancias pueden verse puentes musculares que unen las dos caras del órgano. Es importante señalar la existencia de lesiones concomitantes del endometrio en for-

ma independiente de las sinequias cuya naturaleza puede explicar la fisiopatología de las alteraciones funcionales vinculadas con esta entidad.

Desde el punto de vista *clínico* pueden señalarse en primer término trastornos de la menstruación siendo lo más frecuente la existencia de una hipomenorrea progresiva hasta llegar a la amenorrea; pero pueden haber formas de sinequias uterinas que cursan en forma asintomática. La amenorrea puede ser debida a dos causas. Puede tratarse de una pseudo amenorrea cuando la sinequia cierra el istmo uterino y la sangre menstrual queda retenida por arriba (esta eventualidad no es la más frecuente). La hipoamenorrea que termina en amenorrea parece debida en la mayoría de los casos a trastornos funcionales de explicación poco clara. De cualquier forma la infertilidad como la esterilidad pueden deberse a trastornos funcionales y no ser directamente producidas por la lesión anatómica de la sinequia.

El *diagnóstico* de la sinequia se sospecha por la historia clínica, valorando la existencia del traumatismo vinculado con un embarazo, sobre todo si hubo infección sobreagregada, más la historia de hipomenorrea progresiva; pero el diagnóstico definitivo sólo puede hacerse por exploración intrauterina y especialmente por la histerosalpingografía. El diagnóstico diferencial se plantea con los pólipos uterinos o con los miomas submucosos (6).

En el *tratamiento* hay que señalar una etapa preventiva y una curativa. La etapa preventiva consiste en que al tratar los abortos incompletos sobre todo en los casos de infección, debe insistirse muy especialmente en que la evacuación del útero debe ser hecha cuidadosamente con instrumental romo tratando de no legar profundamente en la pared del endometrio, y que debe tratarse cuidadosamente la infección.

El tratamiento curativo consiste en la destrucción de las adherencias lo que puede hacerse por vía transcervical o transabdominal. Generalmente la víaa transcervical es suficiente. La técnica es tanto más fácil cuanto más laxa es la adherencia lo mismo que cuanto más precoz es el tratamiento, haciéndose más difícil cuando las sinequias se han hecho fibrosas y sobre todo cuando tiene organización muscular. El procedimiento básico consiste en la dilatación del cuello con anestesia general utilizando bujías de Hegar y luego pasaje de la bujía desde un cuerno uterino hasta el otro como quien separa las hojas de un libro con un corta papel. Las maniobras deben ser suaves y firmes tratando de destruir las adherencias. Como tratamiento complementario se discute la conveniencia de combinar el procedimiento señalado con la asociación de medios mecánicos que tienden a evitar la recidiva de las sinequias. Puede utilizarse (14) un dispositivo intrauterino del tipo de Lippes o láminas de plástico o simplemente tubos de polietileno. Otros autores (10) no utilizan este tipo de terapéutica.

A continuación del tratamiento quirúrgico se aconseja, en general, la administración de estrógenos durante un período de tiempo pro-

longado con la finalidad de favorecer la proliferación del endometrio. Personalmente utilizamos Dienoestrol a dosis de a 10 a 15 mg. diarios durante 2 meses. Finalizado el tratamiento hormonal se debe controlar las características de las menstruaciones de las pacientes y confirmar el resultado del tratamiento con una histerosalpingografía de control. En casos de excepción puede ser necesario realizar un abordaje por vía abdominal, para esto se abre la cavidad uterina en sentido longitudinal tratando de debridar todas las adherencias. En los pocos casos en que hemos tenido que actuar de esta forma preferimos dejar una lámina de plástico dentro de la cavidad uterina que se saca a través del cuello, retirándola después de 15 a 20 días durante los cuales la paciente recibe antibióticos y estrógenos.

En las sinequias extensas tipo atresia uterina con mucha destrucción del endometrio, particularmente cuando se han utilizado cáusticos intrauterinos, puede ser imposible conseguir una regeneración del endometrio. En estos casos se han aconsejado distintos tipos de técnica como ser un injerto de endometrio o lo que es más común una implantación de la trompa dentro de la cavidad uterina haciéndola pasar a través de un cuerno y fijándolo a nivel del istmo o del cuello (8, 15, 17). Se puede dejar la trompa entera o se la secciona longitudinalmente, suturándola a las paredes de la cavidad del útero. Algunos autores refieren que con este tipo de técnica se ha conseguido menstruación y en algunos casos embarazos.

#### Malformaciones congénitas.

Las malformaciones congénitas pasibles de tratamiento quirúrgico son casi siempre causantes de infertilidad debida a que los cuerpos son hipoplásicos incapaces de mantener y nutrir debidamente al huevo. El diagnóstico se plantea generalmente por una historia de infertilidad en la que puede sospecharse la malformación uterina por varias razones. Si se han vigilado los embarazos puede observarse el desarrollo del mismo en uno de los cuernos confundiendo muchas veces el otro con un mioma uterino. Por examen genital puede comprobarse la existencia de dos cuerpos uterinos que muchas veces se confunden con una miomatosis uterina. En los úteros bicolis se confirma el diagnóstico de malformación. Cuando existe un tabique vaginal simple puede sospecharse la malformación. El diagnóstico definitivo se hace por histerografía. Esta etapa diagnóstica es fundamental puesto que además permite evaluar las características del cuerpo o de los "cuerpos" plausibles de tratamiento quirúrgico.

En el *tratamiento* debe cumplirse una primera etapa destinada a tratar de que uno de los cuerpos uterinos se desarrolle lo suficiente como para mantener un embarazo normal. No es raro ver en este tipo de malformaciones historias clínicas del tipo de la hipoplasia uterina simple, es decir que en embarazos sucesivos se va tolerando el crecimiento del huevo hasta etapas más adelantadas de amenorrea.

Con el tratamiento hormonal se trata, como en la hipoplasia uterina, de favorecer el desarrollo del órgano en forma similar a lo que lo hace el embarazo. Si el tratamiento hormonal no es suficiente se debe proceder al tratamiento quirúrgico. Los tipos de malformaciones operables son: el útero didelfo, el útero bicornis y el útero septus. Las técnicas empleadas buscan todas transformar la cavidad doble en una cavidad simple más amplia. El tipo de intervención más clásicamente empleada es la de Strassmann la cual mantiene su indicación en los úteros didelfos o dobles con cavidades uterinas separadas y simétricas. El inconveniente de la intervención es que debido a la incisión transversal del fondo uterino obliga a trabajar muy cerca del ostium tubario y aproxima demasiado los cuernos uterinos. Generalmente la cavidad uterina obtenida tiene las características de un útero arcuato. Debido a estos inconvenientes se ha desarrollado algunas otras técnicas de las cuales citaremos las de Mathieu y Palmer y la de Bret. La técnica de Mathieu y de Palmer (7) encuentra su indicación precisa en el útero Septus. Consiste en abrir el útero por su cara anterior con una incisión en V abierta hacia el fondo del órgano, abordar de esta forma el tabique intrauterino, resecarlo y volver a cerrar la cavidad uterina.

La técnica de Bret (15) consiste en realizar una incisión longitudinal anteroposterior de las dos caras del cuerpo del útero seccionando en forma longitudinal el tabique que separa las cavidades uterinas. Luego se secciona el tabique de un lado y del otro desde el cuello hasta el cuerno, se sutura borde a borde los restos del tabique y la pared uterina, comunicando así las dos cavidades.

Cuando existe un cuerno uterino rudimentario imposible de desarrollar por el tratamiento hormonal, conviene extirparlo. La existencia de patología asociada como retención de menstruación por falta de comunicación del cuerpo rudimentario con el principal, o lo que es frecuente, la infección de ese cuerno rudimentario, refuerzan la indicación de su extirpación.

Luego de la etapa quirúrgica suele emplearse un nuevo tratamiento hormonal para favorecer definitivamente el desarrollo de la cavidad neoformada.

#### AFECCIONES DEL CUELLO UTERINO

##### Incompetencia cervical.

La afección es causante de infertilidad por la producción de abortos espontáneos del segundo trimestre de la gestación debidos a que el cuello uterino no puede sostener la tensión producida por el desarrollo del huevo.

Se admite que la etiología es, lo más frecuentemente, traumática, secundaria a un parto anterior a un curetage o a una conización. Por esta razón incluimos dentro del grupo a los desgarros cervicales extensos. Un grupo de pacientes carece de historia previa por lo que se acepta que la etiología puede ser de origen congénito.

Parece lógico admitir una predisposición personal porque los abortos por incompetencia cervical no son más frecuentes en las multíparas.

Palmer (12) ha señalado la posibilidad de la existencia de un factor funcional. Aun suponiendo tal factor los éxitos obtenidos con el tratamiento quirúrgico (60 a 80 % de embarazos) superan los alcanzados sin él (20 %).

Fuera de los desgarros cervicales la *anatomía patológica* de la afección está mal definida, habiéndose señalado en algunos casos una zona debilitada, cicatricial, traumática o no, submucosa.

La *clínica* se caracteriza por abortos a repetición del 2º trimestre con o sin rotura prematura de membranas y expulsión, con pocos dolores, de un feto vivo. Sin embargo, en algunos casos se ha señalado y hemos visto, la producción de metrorragia y dolores. En los casos de desgarros, es visible la lesión del cuello uterino. En todos el cuello tolera el pasaje, fuera del periodo preovulatorio, de una bujía de Hegar Nº 8 sin molestias. En la histerografía hecha de modo que permita rellenar el canal cervical, éste se encuentra dilatado en forma de embudo y permite el reflujo del medio de contraste.

Para establecer el *diagnóstico* tiene mucho más valor la historia clínica característica, que la comprobación de los otros signos señalados. Los casos pueden ser puros cuando la única etiología de la infertilidad es la incompetencia cervical, o intrincado cuando hay otra causa sobreagregada. En estas pacientes, por lo tanto, aun confirmada la incompetencia cervical, debe agotarse el estudio clínico y paraclinico en la búsqueda de otras causas de aborto habitual.

El *tratamiento de los desgarros cervicales* debe ser precoz, para ello debe revisarse sistemáticamente el cuello uterino después de todos los partos, sobre todo si se ha hecho una aplicación de forceps o maniobras obstétricas.

El desgarro cervical antiguo debe ser tratado realizando una correcta resección de la zona cicatricial en toda su extensión. Cuando es causante de infertilidad, el desgarro es alto y es necesario debridar la vagina para poder extirpar toda la cicatriz. Tanto en el tratamiento inmediato al parto como el que se realiza en el desgarro antiguo es necesario realizar siempre dos planos de sutura y utilizar catgut crómico delgado. En una paciente con historia de incompetencia cervical, con un desgarro del cuello descubierto durante el embarazo, realizamos la plastia, con las directivas propuestas, en las primeras semanas de gestación.

En el *tratamiento de los casos sin desgarro cervical* preferimos en la actualidad actuar fuera de la gravidez. Hemos desechado las operaciones tipo Lash o Palmer, porque parece válida la objeción de que pueden agregar una causa de esterilidad por alterar las condiciones del cuello, pero sobre todo porque este tipo de intervenciones obliga a una cesárea para extraer el feto y, lo que es mucho peor, a tratamientos cruentos cuando el embarazo se interrumpe o hay rotura prematura

de membranas mucho antes de la viabilidad fetal. Por estas razones realizamos un cerclage a la Shirodkar aun fuera del embarazo. Hemos realizado este tipo de intervención en estas condiciones y no hemos notado una mayor incidencia de esterilidad. Cuando el embarazo no evoluciona bien, el retirar el anillo de cerclage permite una evacuación uterina fácil, por vía vaginal.

Fuera del embarazo como durante el embarazo, utilizamos la técnica propuesta por Shirodkar, con ligeras variantes, empleando cintas anchas de medio cm., de plástico o algodón. Tratamos de que el anillo actúe evitando la dilatación cervical precoz sin constreñir el cuello.

No tenemos experiencia personal con la operación de Page (15).

*Durante la gestación* hemos procedido, en los primeros 25 casos operados, siguiendo estrictamente las directivas inicialmente propuestas por Shirodkar, esto es: en los casos con historia típica vigilar estrechamente las modificaciones del cuello y realizar el cerclage cuando el orificio interno admite el pulpejo del dedo. Los resultados fueron excelentes, 20 embarazos de término sin complicaciones por el cerclage. En esta serie las pacientes fueron mantenidas en reposo en cama por 5 días con antibióticos y no se empleó nunca inhibidores de la contractilidad uterina ni progesterona.

Sin embargo, como la dilatación cervical, una vez iniciada puede progresar muy rápidamente, hemos perdido algunos casos por producción del aborto en las 24 horas que generalmente median desde la comprobación de las modificaciones del cuello hasta la coordinación de la operación.

Ultimamente preferimos realizar la operación fuera del embarazo o precozmente cuando éste ya se ha iniciado.

Seguimos partidarios de la técnica de Shirodkar que preferimos a la muy generalizada de Mac Donald por permitir emplear material ancho, menos traumático para el cuello.

En dos casos de bolsa de aguas pendiente hemos utilizado, sin éxito, la técnica propuesta por Jaumandreu, es decir ligadura y resección de la bolsa de aguas, previa al cerclage.

No tenemos experiencia personal con la técnica de Baden y Baden (1) pero nos parece un recurso a tener en cuenta cuando el cuello se ha borrado.

En el postoperatorio, durante la gestación, el tratamiento varía según el caso. Cuando la única causa de la infertilidad es la incompetencia cervical, después de 5 días de reposo, permitimos la movilización progresiva de la paciente sin ningún otro tratamiento. En los casos intrincados, mantenemos el reposo por períodos de tiempo más prolongados con tratamiento asociado, según el caso.

No utilizamos sistemáticamente inhibidores de la contractilidad uterina como ha sido preconizado. Reservamos esta terapéutica para los casos en los que, a pesar del reposo, aparecen contracciones uterinas amenazantes de un aborto o parto prematuro.

Retiramos el cerclage a las 38 semanas. Hay pocas probabilidades de interrumpir el emba-

razo y obtener un recién nacido prematuro en estas pacientes, seguidas de cerca desde el comienzo de la amenorrea. El cerclage debe sacarse más precozmente en los casos de rotura prematura de membranas o de aborto o parto prematuro inminente.

Como *complicaciones* hemos visto desgarros de cuello y desprendimientos circulares que nos parecen más comunes cuando: se ha empleado material delgado para el cerclage, se siguió la técnica de Mac Donald o, no se retiró a tiempo el anillo en el parto de término o en los casos de aborto o parto prematuro inminente.

#### Otras afecciones del cuello uterino.

Las *sinequias* o *estenosis* del cuello deben ser tratadas con un criterio similar a las del cuerpo uterino. La utilización del tallo de Iribarne o tubos de plástico con una función similar, mantienen, a nuestro modo de ver, su indicación.

La *cervicitis* deben ser manejadas con un tratamiento médico, electrocoagulación o conización según las circunstancias.

Los *tumores benignos* (pólipos, miomas) deben ser extirpados respetando las estructuras del cuello.

Los *carcinomas intraepiteliales* o las *lesiones canceroclinas* en la mujer en edad genital activa con deseos de tener hijos, deben ser tratadas con conización seguida de estudio exhaustivo de la pieza. Con la finalidad de facilitar el estudio histológico, preferimos hacer la conización con bisturí simple y no con electrobisturí, nos preocupamos luego de seccionar la pieza en sentido longitudinal y extenderla, para su fijación, sobre una lámina de madera o cartón. De esta manera el anatomopatólogo puede realizar todos los cortes de cuello necesarios para el estudio de la pieza.

La paciente debe ser seguida con vigilancia periódica, cada 3 meses en el primer año, cada 6 meses del 2º al 4º año, y una vez por año de allí en adelante. La vigilancia consistirá en examen clínico, test de Shiller, colposcopia si es posible, y en tomas de citología vaginal, exocervical y endocervical. Es conveniente que estas tomas las realice el propio ginecólogo.

El carcinoma invasor no es pasible, por supuesto, de tratamiento conservador.

#### RESUMEN

En el trabajo se repasan las indicaciones y las técnicas destinadas a:

- 1) Mantener las funciones del órgano durante las intervenciones que se realizan sobre él;
- 2) Tratar las afecciones que alteran dichas funciones.

Se hace especial énfasis en la conservación de la función de generación.

Se especifican las condiciones e indicaciones para realizar una cirugía conservadora de la función de generación.

El trabajo se ha sistematizado analizando las causas tumorales, infecciosas, traumáticas y congénitas localizadas en el cuerpo y en el cuello uterinos y en su tratamiento tanto durante como fuera del embarazo.

Se comunica la experiencia personal en el tema, desarrollando en especial los aspectos no tratados en publicaciones de anteriores congresos nacionales. Los temas más desarrollados son: sinequias uterinas, malformaciones congénitas e incompetencia cervical.

#### RÉSUMÉ

On passe en revue ici les indications et les techniques destinées à:

- 1) Maintenir les fonctions de l'organe pendant les interventions auxquelles il est soumis.
- 2) Traiter les affections qui altèrent ces fonctions.

On met particulièrement l'accent sur la conservation de la fonction de génération. On spécifie les conditions et les indications qui permettent de réaliser une chirurgie de conservation de la fonction de génération.

Ce travail analyse sous forme systématique les causes tumorales, infectieuses, traumatiques et congénitales localisées dans le corps et dans le col utérins de même que leur traitement aussi bien dans la période de grossesse qu'en dehors.

Nous faisons part de notre expérience personnelle en ce qui concerne le thème et nous développons tout particulièrement les points non traités dans les publications des congrès nationaux précédents. Les thèmes les plus développés sont: les synéchies utérines, les malformations congénitales et l'incompétence cervicale.

#### SUMMARY

The author reviews indications and techniques for:

- 1) Maintaining the organ's functions during surgery;
- 2) Treating disease affecting said functions.

Special emphasis is laid on preservation of generating function are specified.

The work analyzes systematically tumoral, infectious, traumatic and congenital causes located in the body and cervix of uterus, as well as their treatment both during and in absence of pregnancy.

The author's experience on the subject is presented, with special attention on aspects which have heretofore not been presented in national congresses. The subjects considered are: uterine synechia, congenital malformations and cervical incompetence.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BADEN, W. F. and BADEN, E. E. Cervical incompetence: Current therapy. *Amer. J. Obs. Gyn.*, 79: 545, 1960.
2. BUTLER, N. R. and BONHAM, D. G. Perinatal mortality. Edinburgh, Livingstone, 1963.
3. BELLOSO, R. Riesgos en la cirugía ginecológica. Editorial Delta, Montevideo, 1961.
4. BORRAS, P. E., TISERA LOPEZ, S., SANS, P. A. Operaciones ginecológicas. Técnica quirúrgica. Editorial Bibliográfica Argentina. Buenos Aires, 1959.
5. BRET, A. J. et GUILLET, B. Hysteroplastic reconstructive sans resection musculaire. *Presse Méd.*, 67: 394, 1959.
6. CROTTIGINI, J. J., PARADA, R. Ginecología radiológica. Editorial Delta Panamericana, Montevideo, 1964.

7. MATHIEU et PALMER, R. Citados por Cordier, G. y Roycamille, R. en *Enciclopedia Medico-Chirurgica*, p. 123. A 10 Malformations congenitales de l'uterus. Masson et Cie., Paris.
8. MUSSET, R., NETTER, A. Les synéchies ou symphysis utérine. *Bull. Fed. Soc. Gyn. et d'Obst. Lang. Franc.*, 9: 163, 1957.
9. NOLESA, M. Indicaciones y directivas en la conducta conservadora de las funciones procreativa y menstrual, en Mesa Redonda de la Sociedad de Ginecología. Coordinador, C. A. Jaumandreu. *Decimocuarto Congreso Uruguayo de Cirugía*, Montevideo, 1963.
10. OLAZABAL, M. Sinequias uterinas. *Boletín Soc. de Gin. y Ob.*, VIII, 1965.
11. PAGE, E. W. Incompetent cervix. *Obst. Gyn.*, 12: 509, 1958.
12. PALMER, R. Citado por Fluhmann, C. G. en *The Cervix Uteri*. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1961.
13. REMEDIOS, P. (Coordinadora). Mesa Redonda sobre Schock Bacteriémico. *V Congreso Uruguayo de Ginecología*, Montevideo, 1969.
14. ROZADA, H., REMEDIOS, M. R. and SICA-BLANCO, Y. I.U.D. in the treatment of Uterine Synechia. *Obst. Gyn.*, 32: 387, 1968.
15. S. LOUP, E. Total uterine atresia following curetage. *Int. J. Fert.*, 8: 507, 1963.
16. SPEROFF, R. Prostaglandins in reproductive physiology. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 107: 111, 1970.
17. STRASSMAN, P. Reconstruction of a functioning uterine cavity in five patients with total atresia. *11th. Congr. Fert. Steril.*, Naples, 1956.