

Riesgos de la cirugía ginecológica conservadora

Dr. HECTOR ROZADA y Dra. IRIS BIDERMAN DE ROZADA *

La decisión de conducta conservadora en cirugía ginecológica se debe tomar después de un correcto balance del porvenir funcional en relación a la edad de la paciente, deseo de embarazo y la importancia o el tipo de función que deseamos preservar (menstruación, gestación, etc.) y el riesgo quirúrgico inmediato o mediato. Este riesgo está en función de la naturaleza de la afección y del tipo de intervención.

1) *Naturaleza de la afección.*—La afección causante de la intervención es un elemento importante. La existencia de un proceso inflamatorio agudo, pueden hacer fracasar los esfuerzos de cirugía conservadora y ser origen de serias complicaciones. Frente a un cuadro agudo grave, sea hemorrágico o infeccioso no debe realizarse cirugía conservadora, salvo en situaciones excepcionales. Los mejores resultados se obtienen en afecciones de evolución crónica o en las secuelas de los procesos inflamatorios como es el caso de la cirugía plástica de la esterilidad.

Trabajo realizado en la Clínica Ginecotológica "C" del Prof. Dr. Yamandú Sica Blanco.

* Ex Asistentes de Ginecología. Fac. Med. Montevideo.

2) *Tipo de intervención.*—La frecuencia de complicaciones está en relación directa con el tipo y extensión de la operación realizada, así como de los cuidados tenidos en el preoperatorio, acto quirúrgico y postoperatorio.

Las complicaciones operatorias pueden ser inmediatas o tardías. Las primeras no difieren de las observadas en cirugía general. Las alejadas son específicas de este tipo de intervención

COMPLICACIONES INMEDIATAS

1) *Infecciosas.*—No mencionaremos las complicaciones infecciosas comunes a cualquier cirugía. Son peculiares de la ginecología los abscesos tuboováricos y la mayor frecuencia de la peritonitis difusa o enquistada.

sia. Recordemos que el uso profiláctico de antibióticos no evita la infección y aun puede favorecerla (11).

a) Las peritonitis pueden observarse a consecuencia de operaciones realizadas en pacientes en quienes el proceso inflamatorio se mantiene activo y la indicación quirúrgica fue prematura. Una causa frecuente de infección es la mala hemostasis, con creación de un hematoma que altera la integridad peritoneal

y constituye un excelente medio de cultivo bacteriano (19).

La profilaxis de esta complicación obliga a una cuidadosa hemostasis y medidas de asepsia.

b) Abscesos tubo-ováricos. Recientemente se ha descrito (15) la aparición de procesos inflamatorios tubo-ováricos secundarios a histerectomías, sobre todo por vía vaginal. Este cuadro aparece en general entre la segunda y tercer semana del postoperatorio. Se caracteriza por un cuadro febril y aparición tardía de masa anexial uni o bilateral. La causa más frecuente es la contaminación del muñón anexial favorecido por una incorrecta hemostasis. En la mayoría de los casos se requiere la reintervención y extirpación de los anexos infectados. El tratamiento médico suele ser poco eficaz.

2) *Hemorragia*.—Depende casi siempre de una falla técnica en la hemostasis. Es poco frecuente la aparición de una hemorragia difusa y más corriente la aparición de hematomas, sobre todo en las miomectomías y cirugía tubaria. Estos hematomas pueden ser circunscriptos o disecantes cuando despliegan las hojas del ligamento ancho.

Cuando se desarrollan en el espesor del ovario, pueden dar cuadros de shock importante de tipo reflejo. Su evolución se complica frecuentemente con infección; si no se infecta, puede reabsorberse en periodos variables, pero con un postoperatorio tormentoso.

3) *Tromboflebitis*.—La trombosis venosa es de las más graves complicaciones de la cirugía ginecológica y especialmente la conservadora. Su incidencia oscila entre 1% al 5% (17-30) de las operaciones.

Su aparición es favorecida por factores predisponentes entre los cuales tienen importancia los factores raciales, sociales y alimentarios (30). Las localizaciones más frecuentes de la tromboflebitis son los miembros inferiores y pelvis.

Austin en 1958 (3) describió una entidad patológica, la flebitis de la vena ovárica con un cuadro característico. Ha sido descrito en el puerperio con infección endometrial (3, 6). Aunque poco frecuente es un cuadro grave y puede complicar la cirugía ginecológica. Se caracteriza por la existencia de un cuadro febril, acompañado de una masa palpable en una de las fosas ilíacas, preferentemente la derecha, que se extiende como una cuerda desde el cuerno uterino hacia la fosa lumbar (6), y que aparece pocos días después de la intervención. No mejora con antibióticos. El uso de anticoagulantes seguido de mejoría rápida, es una prueba terapéutica.

4) *Oclusión intestinal postoperatoria*.—La incidencia de oclusión intestinal postoperatoria es frecuente en cirugía ginecológica y máxima en la conservadora (12).

Debemos distinguir entre la distensión intestinal postoperatoria inmediata (funcional) y la oclusión tardía (mecánica) que aparece luego de 5 ó 6 días o años después de realizada la intervención (1, 12, 20, 26, 34).

Recordemos que la distensión intestinal postoperatoria es un hecho constante en cirugía, es-

pecialmente en la que nos ocupa. Se comprueba clínicamente en el 55 % de los casos y radiológicamente en el 92 % (25). Esta distensión tiene como elemento productor más importante el aire deglutido durante el acto operatorio o en el período inmediato. Se ha demostrado que la parálisis intestinal es excepcional y habitualmente el peristaltismo es normal (7).

El verdadero íleo paralítico se observa en algunas circunstancias en que existe lesión peritoneal o intestinal traumática o infecciosa o en casos de estrangulación por vía refleja. En estos casos la parálisis es una respuesta protectora frente a la agresión (12) y tiende a circunscribir el foco.

Dentro de las oclusiones funcionales precoces, debemos recordar la posible aparición de oclusiones cerradas de colon, cuando la cirugía se realiza durante el embarazo o puerperio (16). La causa puede ser por compresión del sigmoides, entre el útero y el estrecho superior de la pelvis. Sin embargo se admite como más probable la existencia de un proceso funcional de disquinesia (16). El tratamiento es la descompresión intestinal; eventualmente puede ser necesario llegar a la ejecución de una cecostomía transitoria.

La frecuencia de la oclusión postoperatoria tardía en la cirugía ginecológica conservadora, varía según el lapso de vigilancia. En nuestro medio se publicó un estudio realizado en una clínica ginecológica, que muestra incidencias muy bajas 1.15% (12). La mayoría eran oclusiones ocurridas en las primeras dos semanas del postoperatorio. La incidencia a largo plazo da cifras más elevadas. Un tercio de todas las pacientes que presentaron oclusión intestinal postoperatoria, fueron ginecológicas. El 54 % de las mismas, la cirugía había sido conservadora (1). En orden de frecuencia: miomectomías, histerectomías parciales y quistectomías (12).

Consideraremos el proceso fisiopatológico de la formación de las adherencias con miras a la profilaxis (22). Toda agresión peritoneal traumática, química o inflamatoria, provoca en las horas que siguen un proceso inflamatorio con congestión, diapedesis y exudación. En el exudado el fibrinógeno será transformado en fibrina, dando origen a las adherencias fibrinosas en pocas horas. Este tipo de adherencia puede ser disuelta por los sistemas fibrinolíticos, siempre que su volumen no sea excesivo y el proceso inflamatorio se detenga o tienda a mejorar. Si este proceso no es capaz de eliminar la fibrina, ésta será invadida entre el 4to. y 10mo. día por fibroblastoma y se forman neovasos constituyéndose adherencias fibrinosas (22). La inmovilidad visceral favorece la extensión del proceso (22).

Otro elemento importante en la génesis de adherencias es el epiplón, gracias a su movilidad se desplaza rápidamente cuando existe un proceso inflamatorio tratando de bloquear el foco. Por ello algunos autores aconsejan la omentectomía cuando la necesidad de evitar la formación de adherencias es máxima (cirugía de la esterilidad tubaria) (22). Estas adherencias pueden además, ser causa de dolores o esterilidad secundaria de causa tubo-ovárica (13, 32).

En base a lo expuesto anteriormente se deben tomar las precauciones siguientes para disminuir la aparición de adherencias:

- a) Minimizar la agresión peritoneal a través de una cirugía atraumática y estricta asepsia, con buen lavado del campo operatorio.
- b) Peritonización cuidadosa.
- c) Movilización precoz de la paciente, se disminuye la posibilidad de coaptación persistente de las vísceras.
- d) Realización de la omentectomía profiláctica, se considerará en casos especiales. Las ligamentopexias que alejen los órganos de los focos traumáticos o inflamatorios, pueden plantearse en iguales circunstancias (22).
- e) Bloqueo farmacológico de las reacciones exudativas y proliferativas, con corticoides y antiinflamatorios. Los corticoides a dosis altas y sobre todo por vía intraperitoneal, han demostrado excelentes resultados para evitar la formación de adherencias (22, 29).

COMPLICACIONES MEDIATAS

Están en vinculación con la patología que una parte del órgano conservado puede provocar en el futuro.

Patología del cuello residual.—No hay objeto en la conservación del cuello uterino al realizar una histerectomía, salvo en circunstancias especiales, de dificultades técnicas si él no presenta patología.

El cuello residual puede ser origen de procesos inflamatorios displásicos o neoplásicos, con la misma frecuencia que en las pacientes no histerectomizadas, pero su tratamiento es más difícil. El mayor problema es desconocer una de estas lesiones en evolución, en el momento en que se realiza la intervención sobre el útero. Este tema ha sido ampliamente discutido y no insistiremos.

Patología del útero.—Por su elevada frecuencia nos referiremos a la cirugía conservadora por miomectomía uterina.

Al plantear este tipo de intervención debemos tener en cuenta:

a) *Porvenir obstétrico.*—Cuando la operación no involucra la implantación tubaria, la fertilidad no sufre alteraciones. La posibilidad de una nueva gestación, en pacientes de menos de 39 años oscila entre 39 y 63 % (10, 18, 30). Antes de realizar una miomectomía en una paciente estéril, se debe estar seguro de que no existe otro factor de esterilidad en la pareja.

La miomectomía, más que factor de esterilidad, puede serlo de infertilidad. Las cifras de abortos mejoran después de la intervención, según la mayoría de los autores, pero siguen siendo mayores que en pacientes normales (10, 18).

Durante el parto de una paciente miomectomizada, no es imprescindible la realización de una operación cesárea (18, 25, 30).

Si la cavidad endometrial fue ampliamente abierta, si la miomectomía fue múltiple, si el postoperatorio transcurrió con accidentes (sobre todo febrícula o infección evidente) debe considerarse como probable que la cicatriz uterina sea defectuosa y en dichas circunstancias, se realizará operación cesárea electiva. Aunque estas circunstancias no se den, es imprescindible que la vigilancia de dicho parto sea muy estricta y frente a la más mínima sospecha de distocia, se recurrirá a la intervención cesárea. En principio están proscriptas las maniobras endouterianas.

b) *Recidiva.*—La aparición de recidivas de miomas luego de miomectomías es variable y oscila entre el 18 al 47 % (10, 14, 17).

Si el mioma es único la posibilidad de recurrencia es de aproximadamente 26 %, en cambio si es múltiple la frecuencia aumenta a casi 58 %. El simple hecho de comprobar clínicamente la existencia de recurrencia de mioma, no significa que sea absolutamente necesaria la histerectomía. La frecuencia de reintervención es de 11 % en los únicos y de 26.3 % en los múltiples. El período libre puede ser muy prolongado.

c) *Malignización.*—La malignización de un mioma es muy rara y su frecuencia se sitúa entre 2 y 7 % (14, 21). Sin embargo debe tenerse presente esta posibilidad, frente a un mioma que no crece muy rápidamente, especialmente en la postmenopausia (21).

Una situación que puede plantearse es comprobar en el estudio anatomopatológico de un mioma extraído en una intervención conservadora, un miosarcoma; en esa circunstancia se deberá realizar la reintervención y completar la histerectomía y anexectomía bilateral. Puede discutirse la reintervención para extirpar el anexo respetado cuando se ha realizado una histerectomía, dado que la difusión a los ovarios no es la única; es muy posible que no obtengamos mayor beneficio con esta reintervención (21).

d) *Morbimortalidad.*—La mortalidad es muy baja, 0,37 5 (18). Las cifras de morbilidad son muy elevadas y llegan a más del 20 % (18). La existencia de pequeños hematomas en la zona de la miomectomía puede ser origen de dolores, a veces persistentes o febrícula y eventualmente llegar a la supuración.

La aparición de ileointestinal, tanto precoz como alejado, aparece en el 3 % de las miomectomías, es una de las causas más frecuentes de oclusión intestinal tardía (10).

La tromboflebitis pelviana o de miembros inferiores, se observa aproximadamente en el 1 % de los casos. Por lo tanto deben, en estas pacientes, tomarse las máximas precauciones para su prevención, movilización precoz, tratamiento previo de várices, etc.

Otra complicación que aparece sobre todo cuando la miomectomía ha sido múltiple y con abertura de la cavidad endometrial, es la formación de sinequias, que obliteran total o parcialmente la cavidad uterina. Para la profilaxis de esta situación utilizamos la colocación

de un dispositivo intrauterino contraceptivo, durante la intervención o en el postoperatorio inmediato con lo cual mantenemos la cavidad endometrial y evitamos la formación de la sinquia (5).

En las miomectomías en miomas incluidos en el ligamento ancho, la posibilidad de lesión ureteral es muy elevada.

Patología del ovario residual.—Desde hace años se discute la conveniencia o no, de la conservación de los ovarios en el curso de una histerectomía. Los partidarios de la conservación se basan en la ventaja que significa la persistencia durante años de las hormonas esteroideas. Los partidarios de la extirpación, lo consideran como la única profilaxis eficaz de los tumores benignos y malignos del ovario (9, 30).

Las hormonas esteroideas previenen la aparición de arterioesclerosis, hipertensión arterial y osteoporosis (4, 9, 30). Igualmente disminuyen las complicaciones infecciosas de las mucosas, vaginal, bucal, faríngea y vesical, al mantener su trofismo.

En las pacientes histerectomizadas, con conservación de ovarios, las manifestaciones menopáusicas se difieren muchos años (25).

Los estudios hormonales realizados, demuestran sin duda que la función ovárica se mantiene luego de la histerectomía. La función ovulatoria se mantiene entre el 60 y 70 % de los casos estudiados (4, 25, 31, 33). La anovulación es más frecuente cuando se ha dejado un solo ovario o parte de él (4).

El mantenimiento de la función ovulatoria es aparentemente bastante prolongado y al igual que los niveles de estrógenos circulantes se mantienen hasta el momento en que normalmente iba a ocurrir la menopausia espontánea (4, 25).

La aparición de tumoraciones quísticas del ovario residual se ha considerado como muy frecuente. Debemos aclarar inicialmente que no se deben considerar como tales a las variaciones del tamaño ovárico, en relación al proceso fisiológico ovulatorio y que eventualmente podemos encontrar ovarios quísticos, que son la expresión de pequeños quistes funcionales y que desaparecen espontáneamente, en pocas semanas (25).

La frecuencia de aparición de quistes de ovario es muy variable, según los autores (23, 24, 25) oscila entre el 0 y el 7 % de pacientes operadas. Sin embargo la mayoría señala como más frecuente las cifras de 1 al 2 % (25). Recordemos que la frecuencia estimada de los tumores de ovario, en pacientes sin intervención es del 4 % (21). El riesgo de aparición de los quistes es mayor en pacientes más jóvenes y disminuye con la edad (23, 24).

En el proceso fisiopatológico de la aparición de los tumores quísticos ováricos se ha considerado que, la existencia de alteraciones neurovasculares inicia la degeneración quística. En este sentido se comprueba que es más frecuente cuando se ha realizado simultáneamente salpingectomía o resecciones parciales de ovario (2). Por lo tanto cuando se planea de-

jar un ovario debe mantenerse sin perturbaciones la irrigación y en lo posible no realizar la salpingectomía.

La aparición de tumores malignos en ovarios residuales, varía según los diversos autores el 3 % al 1 % (9, 23, 24). Como elementos predisponentes deben tenerse en cuenta: edad, historia anterior de esterilidad anovulatoria, alteraciones cromosómicas o la extirpación de un tumor en el otro ovario (9).

Teniendo en cuenta estos hechos, la extirpación de ovario, evitará la aparición de aproximadamente 3 casos de cáncer de cada mil histerectomías (9).

Deben evitarse maniobras innecesarias que traumatizan el ovario como la punción, cauterización o extirpación de pequeños quistes foliculares o luteínicos normales (13, 32). El agravio que estas maniobras pueden provocar, da sufrimientos dolorosos permanentes o aparición de síndromes anovulatorios. Estos tendrían su origen en focos de necrosis del parénquima, causa de procesos reflejos inflamatorios.

Una causa frecuente de perturbación de la fertilidad, son las adherencias peritubarias que provocan distorsión de la trompa con los consiguientes trastornos de la fertilidad. Este síndrome ha sido llamado de la mutilación ovárica (32) o de fragmentación ovárica (13).

Según Van der Watt (32) y Kistner (13) pueden llegar a presentarse en casi la mitad de las pacientes que se someten a este tipo de agresión, la mayor parte de las veces innecesaria.

Endometriosis.—La aparición de endometriosis como complicación de la cirugía ginecológica no es frecuente, sin embargo debe ser tenida en cuenta. Hay que recordar que no es imprescindible la abertura de la cavidad endometrial para que aparezca. El traumatismo operatorio parece ser el desencadenante del proceso metaplásico celular, que lleva a la formación del foco endometriósico (21).

El 68 % de los casos de endometriosis parietal son secundarios a laparotomías. La operación realizada puede ser una simple ligadura tubaria, una cesárea o una histerectomía (28). Se han descrito casos de endometriosis que aparecen en la cicatriz de una apendicectomía, hecha en el período prepuberal (21).

La aparición de focos endometriósicos en el cuello del útero, siguiendo a la realización de cauterizaciones u otra cirugía de este tipo, es muy alta: 32 a 66 % (8).

Un hecho a destacar es la elevada incidencia de legrado previo en las pacientes con endometriosis tubaria, que para alguno llega a los 2/3 de los casos (27).

No se ha estudiado la existencia de focos de endometriosis en las zonas bajas de cicatriz de las miomectomías, pero aparentemente ella es baja.

Dolor.—La valoración de la aparición de dolor en el postoperatorio alejado, de una intervención conservadora es difícil. Es probable que en algunas circunstancias, el dolor no sea nada más que la persistencia de aquello

que motiva la intervención y no era originado por ese proceso.

El dolor que aparece en pacientes operadas, puede adoptar diversas características, permanente o intermitente (dismenorrea, dispareunia, etc)

El origen del mismo es variable puede depender de causas mecánicas provocadas por la intervención o sus complicaciones. En este sentido tiene muy especial importancia la aparición de bridas o adherencias creadas anormalmente entre las diferentes vísceras que altera la movilidad o crea posiciones anormales.

Se ha incriminado como causante de dolores importantes sobre todo de dispareunia la sutura de los anexos uterinos sobre el muñón vaginal que se realiza para evitar el prolapso de la bóveda vaginal en las histerectomías; su real importancia es discutible.

Ciertas intervenciones sobre el útero, crean estenosis cervicales que originan dismenorreas de tipo expulsivo.

La persistencia de un proceso inflamatorio de evolución subaguda o crónica es causa de dolor y otros síntomas. Si bien el dolor puede ser originado por estas causas no debemos olvidar que quizá la etiología más frecuente es la somatización de un problema emocional.

Se han expuesto los riesgos inmediatos y ajenados de la cirugía ginecológica conservadora, esbozando la fisiopatología de algunos procesos, con el fin de evitar crear factores predisponentes que aumenten la incidencia de complicaciones.

Hemos dejado para el final la consideración de otros factores, no menos importantes, que pueden determinar la adopción de otras conductas quirúrgicas. Estos factores son de índole socioeconómico y cultural.

La imposibilidad de controles posteriores correctos, ya sea por falta de recursos —paciente de medio rural—, falta de cooperación con el médico —por factores económicos y culturales— así como consideraciones similares de índole social, pueden llevar a adoptar una terapéutica quirúrgica más radical, aunque estuvieran dadas condiciones médicas para una cirugía conservadora.

RESUMEN

Se efectúa una apreciación sobre las diversas complicaciones de la cirugía ginecológica conservadora. Estas complicaciones con función de la afección y del tipo de intervención realizada.

Las complicaciones se dividen en inmediatas y mediatas.

Las inmediatas al acto quirúrgico pueden ser infecciosas, hemorrágicas, flebitis o intestinales. Se destaca la incidencia de estas afecciones y las maneras de efectuar su profilaxis.

Las complicaciones mediatas son aquellas que están en vinculación con el porvenir funcional del órgano o a la aparición de patología en el mismo órgano. Se exponen la frecuencia y real importancia de estos accidentes y el papel que deben pesar en la decisión de efectuar cirugía ginecológica conservadora.

RÉSUMÉ

L'auteur procède à une évaluation des diverses complications de la chirurgie gynécologique conservatrice. Ces complications sont fonction de l'affection et du type d'intervention pratiquée, elles sont soit immédiates, soit médiatees.

Les complications survenant immédiatement après l'acte chirurgical peuvent être des infections, des hémorragies, des phlébites ou d'ordre intestinal. L'auteur fait ressortir l'incidence de ces affections et examine les différentes méthodes prophylactiques.

Les complications médiatees sont celles qui sont en rapport avec l'avenir de l'organe du point de vue fonctionnel ou avec l'apparition d'un état pathologique dans ce même organe.

Exposé de la fréquence et de l'importance réelle de ces accidents, dont il faut tenir compte avant de se décider à pratiquer une chirurgie gynécologique conservatrice.

SUMMARY

The different complications of conservative gynecological surgery are evaluated. Said complications are related to disease and type of surgery performed.

They can be divided into immediate and mediate.

Immediate postsurgical complications comprise infections, hemorrhages, phlebitis and intestinal problems. Their incidence and prophylaxis are discussed.

Mediate complications are those connected with functional future of the organ or with appearance therein of pathology. Frequency and actual importance of said accidents is considered, especially with respect to their weight in deciding on conservative gynecological surgery.

BIBLIOGRAFIA

1. AHO, P. N. et GRONROOS, N. Postoperative intestinal ileus. *Ann. Chir. et Gynaec. Fennic.*, 58: 90-93, 1969.
2. ARVAY, A., NYIRI, I. et BURIS, L. Contribution to problem of cyst formation in residual ovary. *Gynec. et Obst.*, 61: 276-290, 1962.
3. AUSTIN, O. G. Ovarian vein thrombosis. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 72: 428, 431, 1956.
4. BEAVIS, E. L. G., BROWN, A. M. and SMITH, M. A. Ovarian function after hysterectomy with conservation of the ovaries in premenopausal women. *J. Obst. Gynec. Brit. Culth.*, 76: 969-978, 1969.
5. BIDERMAN DE ROZADA, I., ROZADA, H., SICA BLANCO, Y. y REMEDIO, M. R. Uso del dispositivo intrauterino en el tratamiento de la sinequia uterina. *Arch. Gynec. y Obst.*, 24: 182-185, 1970.
6. BROWN, T. K. and MUNSICK, R. A. Puerperal ovarian vein thrombophlebitis. A syndrome. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 109: 263-273, 1971.
7. CAPANDEGUY, E. J. Abdomen agudo postoperatorio. *XIV Congr. Urug. Cirugia*, 2: 141-152, 1963.
8. GARDNER, H. L. Endometriosis cervical y vaginal. *Clin. Obst. y Gynec.*, 358-372, 1966.
9. GRABER, E. A. Diagnóstico temprano del carcinoma de ovario. *Clin. Obst. y Gynec.*, 958-970, 1969.
10. INGERSOLL, F. M. and MALONE, L. J. Myomectomy: alternative to hysterectomy. *Arch. Surg.*, 100: 557-561, 1970.
11. JOHNSTONE, F. R. C. Assessment of prophylactic antibiotics in general surgery. *Surg. Gynec. Obst.*, 116: 1-10, 1963.

12. KARLEN, M. A. Oclusión intestinal postoperatoria. *XIV Congr. Urug. Cirugía*, 1: 7-10, 1963.
13. KISTNER, R. W. Peritubal and periovarian adhesions subsequent to wedge resection of ovaries. *Fertil and Steril.*, 20: 35-42, 1969.
14. LAITINEN, J. M. Uterine myoma. *Acta Obst. et Gynaec. Scand.*, 42: 383-391, 1964.
15. LEDGER, W. J., CAMPBELL, C., TAYLOR, D. and WILLSON, J. R. Adnexal abscess as a late complication of pelvic operation. *Surg. Gynec. Obst.* 129: 973-978, 1969.
16. LEVENTHAL, M. L., EVANS, R. and LEVIN, B. Acute segmental dilatation of the cecum without mechanical obstruction following cesarean section. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 110: 538-542, 1971.
17. LOEFFLER, F. E. and NOBLE, A. D. Myomectomy at the Chelsea Hosp. for women. *J. Obst. and Gynec. Brit. Cwlth.*, 77: 167-170, 1970.
18. LOUROS, N. C. Conservative myomectomy. *Postgrad. Med.*, 35: 52-56, 1964.
19. MALPAS, P. Peritonitis following obstetric and gynecologic operations. *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 67: 566-571, 1960.
20. MELODY, G. F. Intestinal obstruction following gynecologic operations. *J. Intern. Coll. Surg.*, 35: 283-295, 1961.
21. NOVAK, E. R., JONES, G. S. and JONES, H. W. Tratado de Ginecología Ed. Interamericana S. A., México, 7ma. ed., 1970.
22. PALMER, R. and GORDJI, M. Generalites sur les adherences pelviens et leur prevention. *XXII Cong. Fed. Soc. Gynec. et Obst. Lang. Franc.*, Masson et Cie. Paris. 131-136, 1968.
23. RANDALL, C. L., HALL, O. W. and AMORENA, C. S. Pathology in preserved ovary after unilateral oophorectomy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 34: 1233-1241, 1962.
24. RANDALL, C. L. and PALOUCZEK, F. P. Frequency of oophorectomy at the time of hysterectomy. *Trends in surgical practice. Am. J. Obst. and Gynec.*, 100: 716-726, 1968.
25. ROBERT, H. G. Nouveau traité de technique chirurgicale. Masson et Cie. Paris. 226, 1969.
26. SILVA, C. Contribución a la patología de la distensión intestinal postoperatoria. *XIV Cong. Urug. Cirug.*, 2: 120-125, 1963.
27. STANCA, C., JONES, M. W. and POPESCO, C. Role of uterine crettage in ethiopathogene sis of endometriosis. *Gynec. Obst.*, 67: 377-384, 1968.
28. STECK, W. D. and HELWIG, E. B. Endometriosis cutánea. *Clin. Obst. y Gynec.*, 373-383, 1966.
29. SWOLIN, K. Effect o large intraperitoneal doses of glucocorticoids on formation of postoperativa adhesions. *Acta Obst. Gynaec. Scand.*, 46: 204-217, 1967.
30. TELINDE, R. W. y MATTINGLY, R. F. Ginecología Operatoria. Ed. Bemader S. A., Buenos Aires, 4ª ed. 1971.
31. TIMONEN, S., KALAJE, S. and OJANEN, R. Endocrine effects of subtotal hysterectomy. *Arch. Gynä K.*, 196: 292-306, 1961.
32. VAN DER WAT, J. J. The mutilated overy syndrome. *South Afric. M. J.*, 44: 687-692, 1970.
33. VARANGOT, L., CEDARD, L. and PAPEIRNIK, E. Duration of corpus luteum after hysterectomy. *Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst.*, 20: 122-130, 1968.
34. WIST, A. Late intestinal obstruction followin gynaecologic laparotomy. *Acta Obst. Gynaec. Scand.*, 41: Suppl. 4, 1962.

Discusión de la Mesa Redonda

DR. MARIO OLAZÁBAL.— Se han hecho las siguientes preguntas:

AL DR. POCH: Una paciente que he tenido, por ejemplo, un proceso peritoneal difuso o que ha sido operada, puede ser objeto de una laparoscopia?

En los casos en que ha existido una laparotomía previa se puede presentar alguna adherencia visceral a la pared; si el caso exige realizar una laparoscopia, se puede hacer lo siguiente: 1º) un neumoperitoneo y luego una radiografía para ver si hay alguna viscera hueca. Ahora, el otro peligro ya es menor en el curso del neumoperitoneo. El neumoperitoneo, en la forma como se realiza con control manométrico de la presión que se va creando, evita errores, por ejemplo, quedar con la aguja en la pared y hacer un enfisema parietal, o evita inyectar aire en la cavidad peritoneal tabicada. Cuando se está inyectando correctamente el anhídrido carbónico —y usamos anhídrido carbónico para evitar las embolias— la presión durante un tiempo, luego de un pasaje de ½ litro de gas, por ejemplo, queda al mismo nivel y luego empieza a ascender lentamente. Ahora, de los accidentes que he tenido, el mayor fue un hematoma en la vaina del recto, que curó prácticamente con tratamiento médico.

AL DR. POLTO: Hecha una histerectomía sin varicetomía bilateral. El informe anatomopatológico informa que se trata de un citoadenocarcinoma, qué hacer?

Depende del citoadenocarcinoma: si es seroso, como ya dijimos que son de elevada malignidad, hay que realizar una reoperación: anexectomía. Kottmeier tiene otro proceder; antes de hacer la anexectomía y la histerectomía del ovario residual, coloca radium por vía intrauterina para irradiar el peritoneo pélvico. En otros tipos de citoadenocarcinomas, el citoadenocarcinoma mucoso, por ejemplo, tratándose de una mujer muy joven, con deseos de tener hijos, se puede ser conservador y no hacer la reintervención, sabiendo —como mostramos en el diapositivo— de que el porcentaje de vida es menor; pero sería el precio que se pagaría por ser conservador; es una terapéutica en general a discutir con los propios familiares de la paciente. Algún tipo especial como el disgerminoma —aunque no está en la pregunta— es un tumor en general unilateral y por lo tanto, si es encapsulado —en una niña o en una adolescente donde generalmente aparecen— se puede ser conservador y no hacer una intervención radical. Sí, es indicado, la radioterapia de las cadenas linfáticas con protección del ovario sano; estas enfermedades igual pueden tener hijos a pesar de estar irradiadas, por la protección del ovario sano.

AL DR. REARDEN: Cómo evita usted la recidiva de obstrucción en el postoperatorio?

Esta es una de las complicaciones previsible en este tipo de cirugía, y en realidad evitar las complicaciones postoperatorias, es realizar un acto operatorio correcto, en el cual al final hay que eliminar todos los posibles focos de exudados, de hemorragias, focos de desperitonización. Esto se logra muchas veces llegando hasta ocluir completamente el fondo del saco de Douglas, donde se provocan mayores lesiones. A esto se agrega una correcta posición del útero y aquí tenemos que agregar que nosotros hemos eliminado los tipos de operación que con nombre propio, han dominado la patología de los desplazamientos del útero y preconizamos y hacemos un acortamiento por plegamiento de los ligamentos redondos; es decir, los ligamentos redondos alargados los acortamos. Con eso, un hecho fisiológico, corregimos la posición a su nivel fisiológico. Y agregamos en alguna eventualidad que esto no es suficiente un acortamiento de los ligamentos uterosacros. Además, la toilette final intraperitoneal: lavado cuidadoso con suero, con 1, 2, 5, hasta 10 litros de suero, hasta que quede limpio todo el fondo del saco de la pelvis, pero también todo el peritoneo.

En el postoperatorio recurrimos a tratamientos complementarios, a base de antibióticos antiinflamatorios, ya los dejamos de usar por considerarlos ineficaces y corticoides y además realizamos hidrotubaciones terapéuticas incluso de control en el postoperatorio inmediato hasta los 60 días. Con estas técnicas, nosotros logramos reducir a límites mínimos la recidiva postoperatoria.

AL DR. POSE: Qué complicaciones serias puede haber en el tratamiento de las incompetencias cervicales por *cerclage*?

Las complicaciones más frecuentes son, además de la rotura de membranas durante la operación, las lesiones del cuello, como el desprendimiento del borde del cuello y a veces laceraciones más importantes. Para prevenir este tipo de complicaciones, yo considero im-

portantes dos cosas: 1º) la sutura no debe ser excesivamente apretada; y, 2º) no usar material delgado en el *cerclage*. Esta es una de las razones por las cuales me inclino por la técnica de McDonald en la que se usa un material más delgado que en la de Shirodkar. Me parece que estos son los dos elementos más importantes a tener en cuenta. El tercero es sacar el *cerclage* cuando el feto está maduro, es decir, cuando ha llegado a las 38 semanas de gestación. No es necesario esperar el comienzo del trabajo de parto, como se había preconizado al principio; actualmente tenemos bastantes elementos para poder saber cuándo el feto está realmente maduro y no hay inconveniente en retirar el *cerclage* a esta edad gestacional. Al evitar el comienzo del parto con el *cerclage* colocado, se evita la creación yatrogénica de un parto obstruido y la posible rotura y desprendimiento del cuello uterino.

AL DR. ROZADA: Qué conducta se debe seguir y qué complicaciones ha visto usted, en el curso de una miomectomía en el estado grávido puerperal?

En general nosotros, como ya lo dijo el Dr. Pose, no somos partidarios de efectuar la miomectomía durante la realización de una operación cesárea. Hemos visto la existencia o la aparición de grandes abscesos en la cavidad de la miomectomía, sobre todo cuando son partos que no han evolucionado durante largo tiempo con membranas rotas. Por otra parte, la posibilidad de hemorragia es bastante mayor, de manera que en principio, nosotros no estamos de acuerdo en efectuar ninguna miomectomía durante una operación cesárea, salvo el caso muy excepcional en el que el mioma estuviera asentado en la zona operatoria. Sí, la incidencia de mortalidad en esta circunstancia es mucho mayor por cesárea y llega a una cifra del 1,6 %, que es mucho mayor que en las operaciones de cesáreas solas. Es preferible postergar la intervención para un segundo tiempo.

Damos por cerrada la Mesa y agradecemos la presencia de todos los que nos han escuchado.