

Seccional de Ginecología

SESION CIENTIFICA

Coordinador: **Dr. Manuel B. Rodríguez López**

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA DEL FIBROMIOMA UTERINO CONCEPTO FUNCIONAL

Dr. Manuel B. Rodríguez López

La Ginecología no podía faltar con su aporte científico a este Congreso Nacional de Cirugía, trayendo a la discusión, un tema de interés. El cirujano general incursiona frecuentemente dentro del sector genital femenino y en ese campo de la cirugía especializada, el fibromioma, es evidente, una de las causas patológicas que lo llevan a esa acción. Para su mayor ilustración sobre el problema, es que traemos a esta científica reunión, el aporte de nuestra experiencia, sobre la fibromiomatosis uterina, junto al valor de nuestra preparación especializada, para poner al día un aspecto del tema, que tiene tanta jerarquía, en el capítulo de la patología femenina.

El tema ha surgido bajo la indicación de los profesores y jefes de Servicio docentes, por la necesidad imperiosa de brindar a los cirujanos generales, los motivos fundamentales por los que es necesario respetar al máximo de sus posibilidades, la fisiología del aparato genital femenino. Porque si bien la cirugía del fibromioma uterino es una cirugía de excéresis, cuando las posibilidades se ofrecen, se hará solamente la extirpación mínima de la tumoración o de la región enferma, conservando de esta manera, funciones fundamentales en la mujer. El cirujano debe buscar siempre la más mínima agresión, en beneficio de la integridad

orgánica, no solamente local, sino de la integridad general, dentro de lo somático y de lo físico, principalmente en la mujer.

Hemos elegido el nombre de fibromioma, porque es el más usado y concuerda con la constitución histológica de las tumoraciones. Sin embargo, de acuerdo a R. Meyer, por la manera de reaccionar bajo la influencia hormonal directa, similar a la que tiene el útero, aunque no tan intensamente manifiesta, deberían denominárseles con el término de miomas. Aclarado porqué hemos empleado el término, diremos que son tumoraciones histológicamente benignas.

Robert dice con razón que el mioma no es un tumor, sino que es la respuesta distrófica a una desindrocrinea, donde prima un estado de hiperfoliculinemia.

De acuerdo a las pruebas clínicas y experimentales, actualmente se admite que la patogenia del mioma está íntimamente vinculada al problema hormonal.

De acuerdo a Snoo, la naturaleza de los elementos generadores de esas tumoraciones, serían las llamadas por Seitz células indiferenciadas o las que llamó R. Mayer células inmaduras o genitoblastos. Células que son verdaderas reservas que el útero tiene y de las cuales se vale, para dar el material de crecimiento al órgano durante la gravidez. Células éstas, que bajo influencias hormonales desviadas, se transformarían por esas estimulaciones anómalas, en núcleos tumorales miomatosos.

Es pues la desviación en la función histofisiológica constructiva de estas células, que crean la patología tumoral. En cuanto al elemento estimulador, hay suficientes datos que pueden afirmar que este elemento es de orden endócrino, cuya base está condicionada según Waller por una hiperfoliculinemia.

La fibromiomatosis uterina es según Rouvillois, un síndrome hormonal disfoliculínico.

Hay como se vé una relación entre la hiperfoliculinemia originada por una desindrocrinea y el desarrollo tumoral de los fibromiomas.

Desde el punto de vista anatomo-clínico son tumoraciones más o menos voluminosas. Desde el punto de vista histológico, es raro el mioma puro o el fibroma puro, siendo lo más frecuente el fibromioma.

La cirugía del fibromioma en el momento actual, tiene como principio básico y fundamental, conservar al máximo las funciones genitales de la mujer, porque en el complejo mecanismo de la función genital de la misma, radica un sector, que juega preponderante valor en el equilibrio perfecto de todo un sistema endócrino, que gravita con tanta intensidad en lo psicossomático de la misma. Hecho ya, que el aforismo hipocrático formulara en aquella célebre frase "Mulier tota in útero". Veremos en el desarrollo de nuestro relato, al abarcar los lineamientos generales, cómo en la actualidad se define de manera clara y nítida la cirugía conservadora. Esta trata de conservar la función del sistema genital, al máximo posible, por la correlación e inter-correlación que este sistema tiene en el mantenimiento endócrino general y equilibrado. Es por ello que repetimos que la cirugía conservadora o cirugía funcional tiene que ser un hecho dentro de la cirugía general. Ella adquiere una jerárquica manifestación de primordialísima importancia, cuando el cirujano aborda los genitales internos y principalmente el útero, que como órgano gestante tiene un valor preponderante en la perpetuación de la especie, eterno contenido social y universal de la humanidad. Tiene también en su proyección funcional menstrual, un importantísimo valor en el juego del equilibrio endócrino, que hay que respetar frente a los conceptos modernos del funcionamiento endócrino general. Todavía es necesario agregar, que cuando la excéresis, por circunstancias especiales obliga a la extirpación total del mismo, debe siempre que se pueda, dejar el ovario. Esta glándula femenina de alto valor endócrino tiene una importancia capital. No vamos a entrar hoy en la discusión de cuando debe dejarse el ovario, pero plantearemos el problema. Conviene sin embargo decir, que cuando las lesiones que obligan a la amputación orgánica uterina son benignas, hay que mantenerlos si es posible con las trompas, pero dejando un sector de endometrio o practicando un injerto endometrial. Aún a veces es conveniente dejarlo solo. El ovario tiene una secreción interna, específica, fundamentalmente estrogénica, aún fuera de su relación endometrial, cuando él se encuentra como único órgano residual, de lo genital interno. Cuando la extirpación ha sacado todo lo demás del aparato genital, tiene una función de importancia, que va manteniendo el equilibrio endó-

crino general o va haciendo que los otros sectores organicos que tienen función estrogénica accesoria, se vayan adaptando lentamente a nuevo estado endócrino; de esta manera se evita la brusca anormalidad, que crea su extirpación, en plena vida genital activa de la mujer. No queremos entrar a la discusión del problema; es posible que en otro Congreso Nacional de Cirugía, pueda ser él un tema de alto interés, pero podemos afirmar, que cuando se pueda dejarlo en forma total o parcial, a pesar de que el riesgo de una quistificación se presente, las ventajas de su función endócrina de importancia, dentro de la constelación total de las glándulas a secreción interna, juega preponderante valor.

No hace aún 30 años, cuando nosotros iniciáramos nuestra preparación especializada, la cirugía ginecológica frente al mioma se caracterizaba por la excéresis amplia. En un alarde de técnica y con tácticas operatorias brillantes, el cirujano se movía en la pelvis, haciendo prodigios, verdaderos malabarismos de sutil artesanía, que lo dejaban conforme y satisfecho. Pero en realidad era una derrota y un desastre, que se constataba cuando se seguían ulteriormente esas enfermas, que desequilibradas en lo endócrino y en lo psíquico como complemento de un desmoronamiento orgánico, arrastraban un desastrosa vida.

El empuje de la endocrinología, del concepto funcional amplio del aparato genital femenino, trajo lógicamente un enfoque más lógico y real del problema que hoy tratamos. En la revisión de los procedimientos operatorios y sus resultados, basados en el estudio estadístico de los post-operatorios alejados y del porvenir de las operadas, surgió como una lógica imperativa e ineludible realidad, la necesidad del cirujano frente a la agresión orgánica necesaria, de buscar que ésta fuera la de más mínima excéresis, buscando conservar al máximo la funcionalidad. En algunos casos aún, como pasa en las obstrucciones cicatriciales tubáricas, es necesario restaurar la función perturbada, dentro del concepto fundamental, médico social de trascendental importancia, como es el problema de la esterilidad. Y hoy tenemos la realidad de que es posible muchas veces con un criterio fisiológico, al cual debe adaptarse la cirugía de la miomatosis uterina, dejar intacto el órgano en su más completa función sin retacearle ninguna de las mismas. Cirugía conservadora ésta, que tiene su máxima aplica-

ción en la mujer joven, que tiene por delante toda una vida genital activa y lógicamente desea hijos. Veremos al desarrollar el tema, en especial en el aspecto de la conservación funcional del conducto de Falopio, cómo el cirujano puede sortear la posibilidad de inferirle un agravio, valiéndose de sencillos procedimientos, al alcance del cirujano práctico y con los cuales seguramente ellos tendrán grandes satisfacciones.

El relato que vamos a desarrollar hoy, no tratará de abarcar todos los aspectos fundamentales del tema, agotando los enfoques del mismo, pues no perdemos de vista que este relato va dirigido a los cirujanos generales. Sólo queremos aportarles los últimos conceptos quirúrgicos de la cirugía funcional, de manera práctica y objetiva, para que ellos puedan moverse por sendas seguras, cuando el ejercicio de su profesión los lleve al campo de la cirugía genital interna, en este aspecto de mioma uterino.

Es por ello pues, que damos los conceptos fundamentales en que apoyamos decididamente la cirugía conservadora, con la noción fundamental, que es la conservación al máximo de la función del órgano uterino, en el cual se forman estos tumores benignos, desde el momento que este órgano cierra el ciclo, como órgano efector, de las influencias tálamo-hipófisis -ováricas. Entra así como un elemento esencial en el equilibrio endócrino psico-somático de la mujer, haciendo que todos tengamos la preocupación en el acto quirúrgico de tratar de mantener en lo posible este equilibrio, buscando en tácticas y técnicas operatorias, la manera de ir salvando los escollos, o buscando en el meditado problema que cada caso plantea, la solución correcta, que mantenga siempre el equilibrio hormonal, todas las veces que ello sea posible.

Es indudable que esta cirugía funcional, tiene que tener una íntima relación con la edad genital endócrina actual de la mujer. No es lo mismo el problema de un mioma en una niña o en una mujer en los primeros años de su juventud, que el problema que puede plantearse ya en la mujer casada con varios hijos o el que se plantea dentro de la menopausia. Es por ello que cada caso ha de pesarse detenidamente, de acuerdo a la edad y circunstancias especiales de la mujer, pero siempre, buscando de manera definitiva, la conservación al máximo de la funcionalidad orgá-

nica. Y aún hay circunstancias especiales en la vida de la mujer, en que su fisiología, plantea situaciones especiales, frente a estas tumoraciones, como serían las miomatosis uterinas en las embarazadas.

Y todavía, en el aspecto más íntimo de esa correlación hormonal genital de la mujer y en su función reproductora, está el problema anexial, que cursa concomitantemente y puede pesar en el acto quirúrgico, antes de tomar soluciones definitivas. No vamos a intentar desarrollar al máximo las posibilidades de los cuadros clínicos consecutivos a las miomatosis, porque escapan al concepto definido de enfoque que ya hemos hablado. Pero conviene siempre darle valor a la situación topográfica del mioma según ellos estén en el cuerpo o en el cuello del útero, sean intramurales o intersticiales, submucosos o subserosos, y por último el valor que pueden tener en el acto quirúrgico, condicionando precauciones especiales, los miomas incluídos. Además es necesario de manera sistemática, cuando se vaya a intentar una intervención en el mioma, hacer un estudio detenido del cuello, no solamente desde el punto de vista de su simple inflamación cervical, sino fundamentalmente de las posibles lesiones oncóticas, que cuando son clínicas son fáciles de investigar, sean acto o endocervicales y que en la etapas preinfiltrativas, o preclínicas del cáncer inicial, hoy con la colpocitología, de acuerdo a los estudios de Papanicolau, es una realidad también el diagnóstico del neoplasma incipiente del cuello.

Vamos a ver en detalle luego, cómo ha de manejarse el cirujano en el estudio previo del caso que él va a tratar, eliminando de estas directivas, lo que ya es elemental y familiar en esa investigación, para subrayar lo que creemos fundamental y actual y que dan interés a este problema.

Nos vamos a ocupar casi exclusivamente a la cirugía del fibromioma a través de la pared abdominal, es decir la llamada vía alta, porque creemos que la cirugía del mioma por vía vaginal y en especial la cirugía del mioma del cuerpo, combinada o no con amputaciones cervicales, como se efectúa en la operación de Richardson, escapan al dominio del cirujano general.

Hay frente al mioma, al abordarlo por vía abdominal, algunos aspectos que no pueden ser desconocidos por el cirujano general,

como son los miomas incluídos en el cuello, en donde una deor-
tificación, lo puede eliminar sin ningún riesgo. O aquellos miomas
que de submocos se han hecho pediculados, transformándose en
pólipos fibrosos, que en la primera etapa de su evolución ulte-
rior, pueden quedar ocultos dentro de la cavidad uterina, y en las
últimas etapas transformarse en un pólipo fibroso parido en la
vagina. En estos casos, tomando el tumor con una fuerte pinza y
torciendo su pedículo, es suficiente para extirparlo. Pero queda
un problema en estos casos sobre el cual queremos insistir, y es
que siempre que se extirpa un mioma pediculado submucoso por
vía vaginal, debe hacerse sistemáticamente el raspado endometrial
total, insistiendo en la zona vecina a la implantación pedicular
del pólipo antedicho, por la posibilidad de la concomitancia del
cáncer de endometrio.

Volvemos a repetir que este aporte es esencialmente práctico
y en este sentido, vamos a decir como debe manejarse el cirujano
general, frente a una miomatosis que él va a intervenir.

Y para darle unidad al tema, hablaremos de los miomas que
pueden tener alteraciones o degeneraciones benignas, descartando
aquellos en donde puedan existir degeneraciones malignas, porque
entonces la cirugía funcional conservadora está en ellos vedada.

Partiendo de que existe una indicación operatoria, que ésta se
ha formulado como conclusión de un metódico estudio del caso
clínico, es evidente y necesario llenar en el momento actual algu-
nas exigencias ineludibles, para ponernos a cubierto de errores
peligrosos, de practicar tácticas defectuosas o de tener complica-
ciones serias.

Hay un hecho a destacar; y es que siempre debe agotarse el
estudio del cuello por la inspección, por la colposcopía, con la em-
brocación yodada de Schiller, con la colpocitología con fines de
investigación oncótica, con el arrancamiento celular, por la llama-
da biopsia superficial, hecha con la espátula de madera de Ayre,
que barre extrayendo por raspado presionado, la zona de inquie-
tud celular, en la conjunción del epitelio glandular endocervical
y el pluriestratificado ectocervical. Además hay que retirar por
aspiración, del cuello o por raspado del endocervix, células epite-
liales o fragmentos de epitelio que nos dirán si hay normalidad o
anormalidad neoplásica en ese conducto. Es decir que es necesario

tener la certeza absoluta de que ese cuello está completamente sano desde el punto de vista de la lesión oncótica en cualquiera de las etapas de su desarrollo inicial.

Además hay necesidad también de tener la certeza, de que no exista la concomitancia endometrial, cuyo porcentaje es tan grande en esa duplicidad de lesiones; mioma y endometrio canceroso. Para ello se aconseja hacer un raspado biopsico total. Sin embargo algunos clínicos lo desaconsejan, principalmente en los úteros a gran cantidad de núcleos y cavidad endometrial irregular, porque la cureta no puede alcanzar todas las regiones del endometrio, donde puede estar localizado el neoplasma. En especial en la llamada corniza o vertiente superior de los miomas, que hacen saliente, en las polimiomatosis uterinas, hacia la cavidad endometrial. La cureta rígida no llega a estos ángulos y puede el histólogo, al que no le ha llegado ningún elemento de malignidad en el material remitido, afirmar la benignidad del endometrio, dando una falsa seguridad, desde el momento que puede existir, el cáncer endometrial, en esos lugares inalcanzables, sin poder arrastrar los fragmentos del mismo hacia el exterior, para su correcto diagnóstico.

Por ello es que se aconseja practicar en las miomectomías o amputaciones, el estudio "de visu" del endometrio, que se expone en el campo operatorio, ya sea en el sector residual que quedará para llenar su función efectora menstrual, o en el sector uterino que se ha extirpado. Si existiera el cáncer, éste se puede diagnosticar así, y en esta forma la cirugía conservadora funcional, que pretendíamos efectuar, debe dar paso a la cirugía de excéresis, histerectomía con anexectomía bilateral, única forma de poder curar a estas enfermas. Además el raspado previo, puede infectar el endometrio y habría aún algunos que siempre lo desaconsejan, mismo aún bajo la acción intensa de los antibióticos.

En resumen diremos que el raspado previo con fines biopsicos, es una maniobra que debemos efectuar, pero a la cual debemos darle siempre un valor relativo, porque él nos puede dar el falso concepto de indemnidad endometrial. Por ello siempre es necesario exponer deliberadamente la cavidad endometrial en el acto quirúrgico aún en la miomectomía por enucleación, para po-

der estudiar las características que el endometrio presente y ponernos a cubierto de lesiones neoplásicas no diagnosticadas.

La abertura de la cavidad endometrial que antes era un "tabut" es decir, que se evitaba de todas maneras, por los riesgos de la infección que ella podía traer, hoy deliberadamente se busca y debe efectuarse siempre, porque la sulfamida local y los antibióticos, nos dan tranquilidad frente a la infección. Además el capitonaje de la logia del mioma o de los miomas, que generalmente hacen colecciones sanguíneas y que pueden infectarse, drenan sin ningún peligro hacia la cavidad endometrial, cuando ésta ha sido incindida y suturada por puntos separados, mientras que si estuviera cerrada, esas supuraciones podían caer hacia la cavidad abdominal con los riesgos consecuentes.

Otra maniobra importante para algunos, mientras que para otros no tiene esa jerarquía, es hacer la histerografía o histerosalpingografía, antes de la operación, estudiando de esta manera, por la deformidad de la sombra endometrial en la radiografía de frente y de perfil, la localización parietal de los miomas con el fin de llevar al acto quirúrgico un plan definido. Nosotros no lo creemos fundamental, desde el momento que en el campo operatorio, tendremos referencias concretas, para poder orientar nuestra táctica quirúrgica de manera correcta.

Hay otro elemento de mucho valor a tener en cuenta, cuando vamos a hacer miomectomías en mujeres jóvenes o estériles: es que las trompas deben quedar sin traumatizar, sin seccionarlas o sin tomarse en los putos de sutura que exige la operación. Es difícil a veces poder respetarlas en la excéresis del tumor o en la refracción de la pared uterina, por ello es que hace tiempo, nosotros aconsejamos inyectar (como quien fuera a hacer una histerosalpingografía con lipiodol) una solución de azul de metileno al 1 % con 1.000 unidades de penicilina por c.c. Esta inyección coloreada, se hará unas horas antes de la intervección y tiene por fin teñir las trompas en azul, lo que nos dará una referencia clara, para sortear las tubas y no herirlas ni atarlas en el acto operatorio.

Dispuestos pues a efectuar la operación consercadora y abierto el abdomen, lo primero que ha de hacer el cirujano, es localizar el cuerpo uterino, maniobra fácil a veces y difícil otras, princi-

palmente para los que no están habituados a este tipo de operaciones. Hay sin embargo referencias típicas. Estas son: la localización de los ligamentos redondos y de las trompas y el abordaje de estos elementos en el cuerpo uterino correspondiente, lo mismo que la parte interna del ligamento útero-ovárico. Es decir la parte supero-interna de los tres alerones, son elementos de extraordinario valor, para localizar los ángulos superiores o cuernos uterinos. Luego se localiza por palpación el cuello. En esta forma tenemos localizado el cuerpo uterino y es recién entonces que procederemos al tipo de intervención conservadora, que las circunstancias exijan. Pero aún antes de abordar el órgano para efectuar la excéresis parcial, debemos estudiar los anexos para ver su normalidad ó su anormalidad, si ésta existe. Y si ésta existiera, de acuerdo a la forma o modalidad patológica que ellos presentaran, actuaríamos; siempre tratando de conservar al máximo tan importante función como complemento de la operación de la fibromiomas. Unas veces efectuando desobstrucciones tubáricas quirúrgicas, si fuera necesario restablecer la función vectora de la trompa, o extirpando ésta si esa función no es necesaria y el órgano no puede conservarse. Pero no hay que perder de vista, que el ovario, es necesario conservarlo, ya sea total o parcialmente, si hay procesos benignos que obliguen a hacer amputaciones parciales, como serían los quistes benignos del órgano. Solamente en el caso de malignidad, habría que extirparlos, pero entonces ya no tendría razón la cirugía conservadora funcional, que es el tema que estudiamos.

Para tratar de darle orden al tema, iremos en el relato de lo más sencillo a lo más complicado, bajo el imperativo categórico de conservar al máximo posible las funciones básicas del útero, reproductoras y menstruales, cuyo valor preponderante se jerarquiza al máximo en la cirugía del mioma. Desde el punto de vista actual, podemos decir que, el conocimiento de la fisiología genital femenina, el valor preponderante que en la mujer tiene la endocrinia genital en su vida física y en su vida psíquica, el conocimiento anatómico del órgano en el cual se desarrollan estas tumores benignos, condicionan tácticas y técnicas que pueden agruparse dentro de cinco grandes grupos:

- 1º **Cirugía de excéresis tumoral solamente, con conservación total de las funciones del aparato genital en forma total integral.**

- 2º Cirugía de excéresis tumoral y orgánica parcial, con conservación de la función menstrual, llamada virugía menstroo o meno-conservadora. En este caso las exigencias de la lesión obligan a sacrificar la función de gestación.
- 3º Cirugía en donde hay que sacar todo el cuerpo uterino, como pasa en las histerectomías subtotales, pero que es posible dejar un fragmento pediculado de endometrio adherido al cuello o injertar un fragmento endometrial para cerrar el ciclo endócrino genital femenino. A veces cuando no es posible esta técnica, conviene abocar las trompas al canal cervical o a la vagina, según se haya hecho una histerectomía total o subtotal.
- 4º Cirugía de excéresis amplia donde se sacrifica en totalidad el órgano o solamente su parte corporal, es decir histerectomía total o subtotal. En esos casos todavía de acuerdo a la edad de la operada si la lesión es benigna, esté la mujer en plena vida genital activa o en las primeras etapas de la menopausia, conviene conservar los anexos sanos o por lo menos un ovario o un fragmento del mismo, para que la secreción ovárica especialmente estrogénica mantenga un equilibrio hormonal orgánico y evite los fenómenos consecuentes a la castración quirúrgica, problema éste que como hemos dicho se mantiene en debate, pero hoy se tiende a admitir que es necesaria y es favorable en muchos casos esta conservación funcional ovárica en la excéresis del órgano.
- 5º La histerectomía total o subtotal está condicionada fundamentalmente por el estado del cuello, el cual si ha sido estudiado correctamente en su normalidad, puede dejarse sin riesgo y sin temor. Pero si llega a tener un proceso de cervicitis es conveniente amputar el órgano totalmente para evitar las posibilidades de transformación maligna en cuello residual.

De más está decir que en todo problema de transformaciones o degeneraciones malignas, en las transformaciones sépticas en general y en estas últimas de acuerdo a la intensidad de la infección o el tipo de su infección, obligarían en algunas circunstancias a la amputación orgánica total. Pero en otras y dada la potencialidad de los antibióticos actuales, es posible a veces hacer cirugía conservadora. En las transformaciones malignas, ya sean del mioma, del útero o de los anexos, obligan a la excéresis total.

Además, como elemento importante a tener en cuenta, en el proceso del balance que se efectúa para determinar el plan quirúrgico antes de abordar un útero miomatoso, está en primer lugar la edad de la mujer de acuerdo a la etapa de la vida genital en la cual ella se encuentra, al carácter de la lesión y la concomitancia, como hemos dicho, de lesiones asociadas.

Es para dar una vista de las posibilidades de la cirugía, frente a los miomas, en las intervenciones que con este fin se ejecuten, que vamos a hacer un pequeño cuadro demostrativo.