

## INTERVENCIONES POR VIA ABDOMINAL EN LA CIRUGIA DE LOS FIBRO-MIOMAS UTERINOS

### 1º Operaciones conservadoras o funcionales, que respetan todas

#### las funciones internas.

- a) Miomectomía. — A) En este grupo están la miomectomía simple por ligadura del pedículo, en los miomas subserosos pediculados.
  - B) La miomectomía por enucleación intramural.
  - C) Las miomectomías múltiples.

### 2º Operaciones que son meno o menstru conservadoras.

A) Las histerectomías parciales. — En esto pondríamos la histerectomía fúndica, de mayor o menor amplitud en su extensión, pero siempre regulares, y las histerectomías irregulares. En estas operaciones habría un sector uterino a extirpar, se les denomina enúcleo resecciones, porque junto al mioma se extirpa un sector uterino. Intervención atípica que debe adaptarse a las lesiones uterinas y que fueron en el Río de la Plata muy bien estudiadas en la Argentina por Risolía. Tienen una interesante particularidad y es que úteros que aparentemente quedan deformes con formas de lo más irregulares en el acto operatorio en la reconstrucción tisural, por cicatrización post-operatoria, llegan a adquirir ulteriormente formas y tamaños de una normalidad sorprendente, como lo muestran las placas radiográficas que para control se deben sacar varios meses después de la operación, y estos úteros que a veces quedan con una sola trompa, gestan en buenas condiciones.

B) Las histerectomías fúndicas que se indican en los miomas difusos de fondo o múltiples o en caso de procesos anexiales bilaterales, donde prima fundamentalmente la lesión salgingiada. A veces esta histerectomía fúndica tiene que ser muy amplia. En general ella termina con la función reproductora o gestante del útero, pero respeta la función menstrual.

C) Histerectomía transuterina o supraístmica. — Vendría a ser la exageración, podríamos decir, de la fúndica, porque casi se saca totalmente el cuerpo, pero siempre se deja la parte inferior del endometrio como función menstruante. Es por ello superior a la histerectomía subtotal, con colgajo de endometrio o con injerto del mismo.

D) La miometrectomía. — Cuando estamos frente a un útero muy alterado, por múltiples núcleos que llegan hasta cerca del cuello, Cirio en 1940, ideó este tipo de operación, que consiste en la resección parcial del fondo o de un sector uterino, y en la parte restante del útero, se talla en pleno músculo uterino, una cuña del mismo, en donde se extirpan los procesos miomatosos residuales, dejando endometrio recubierto de una capa de miometrio y en la parte externa, una capa miometral recubierta de serosa. Cerrado el endometrio, se cierra esta pequeña logia miometral y por fuera se rebate, sepultando esta pequeña cavidad endometrial, la lámina músculo uterina recubierta de serosa. Estas intervenciones que hemos esquematizado, se hacen muchas veces combinándose.

**3º Operaciones que buscan dejar un fragmento endometrial para cerrar el ciclo uterino funcional endócrino. — En caso de imposibilidad tratar de conservar los anexos. — En algunas circunstancias se aconseja abocar las trompas a la cavidad del cuello o a la vagina cuando se ha hecho una histerectomía total.**

Estas operaciones radicales, buscan la conservación menstrual mínima o manteniendo la acción estrogénica de tanta importancia excéresis, se busca cerrar el ciclo genital, con injertos libres en el muñón del cuello o dejando un sector pequeño de endometrio pediculado, adherido al cuello, que más ricamente irrigado que los injertos, mantiene ese sector miometral activo y aún llegan a producir más fácilmente pequeñísimas menstruaciones, cuya inten-

sidad variará de acuerdo a la extensión del sector endometrial que se ha dejado. Frente a estos procedimientos que buscan la atenuación del desequilibrio endócrino, cuando hay que llegar a la excéresis amplia, hay que colocar las llamadas histerectomías subtotales interanexiales, en donde no se puede dejar ni aún un fragmento de endometrio y sólo se dejan los anexos con toda su irrigación, tallando los bordes laterales del útero, para evitar en esta forma que se interrumpa la circulación y se alteren las funciones ováricas. Aún mejor que esto, cuando se pueden dejar los anexos, es abocar a la cavidad de cuello o de la vagina; ya se haya efectuado una histerectomía subtotal o total, las extremidades internas libres de las trompas. De esta manera, es posible observar que como lo ha demostrado Grille en Paysandú, pequeñas menstruaciones periódicas, mínimas a veces, pero que mantienen el equilibrio endócrino de manera sorprendente.

Cuando el citado colega presentó su observación, no se tenía la explicación funcional del porqué se producían estas micro-menstruaciones. Hoy se sabe, que existen en las trompas, pequeños sectores de endometrio, verdaderos focos de endometriosis, que cuplen una función efectora regular. Ellos serían los que darían estos pequeños corrimientos mensuales, verdaderas menstruaciones tubáricas, cuyo valor en la sinergia endócrina femenina, tiene fundamental importancia.

#### **4º Operaciones en donde no es posible dejar los anexos pero se puede conservar un ovario o parte del mismo.**

En las operaciones radicales, en donde es necesario extirpar el útero total o subtotal, en el caso en que no haya una contraindicación por malignidad orgánica, conviene algunas veces conservar un ovario o un sector del mismo bien irrigado, en el caso que no pueda conservarse nada más de los anexos. Sobre esto, no somos tan afirmativos, pues es necesario pesar bien esta actitud, pues muchas veces ese ovario residual, puede ser motivo de disfunciones desagradables, dando una verdadera alteración endócrina de desagradable repercusión y muchas veces llegan a la quistificación.

Hemos visto de manera sintética, pero puntualizando los hechos principales posibles en las operaciones a las cuales, con el

concepto funcional de la cirugía conservadora, hay que recurrir para tratar la fibromiomatosis, cuando la indicación quirúrgica de la misma se impone.

Pero en este relato, que tiene que ser evidentemente práctico, hemos de referirnos, complementando lo que ya hemos dicho previamente sobre los procedimientos que favorecen o dan más seguridad a estas intervenciones que aconsejamos, algo que en cirugía conservadora o funcional uterina tiene un valor de grandísima importancia. Nos referiremos al bloqueo vascular del útero, mientras se procede a la enucleación, amputación o resección de los miomas o de partes del útero. **Este bloqueo vascular**, que tiene una gran importancia en la cirugía conservadora, pues evita las pérdidas o hemorragias intensas, o copiosas, que ponen a la enferma no solamente frente a una anemia intensa sino que favorecen el shock. Este bloqueo pone a cubierto de manera efectiva, contra estos accidentes, actuando sobre los aportes arteriales del órgano a lo que interrumpe transitoriamente. Esta interrupción por compresión vascular, que data de muchos años, ha sido reactualizado en el Río de la Plata, por Borrás, de Rosario, el cual lo practica atravesando al nivel del istmo en el ligamento ancho y comprimiendo las uterinas a ese nivel con una goma elástica. De esta manera se suprime el aporte de la uterina y se suprime también el aporte de la arteria ovárica y la del ligamento redondo por 2 clamps que se colocan a los lados del útero, tomando estos sectores vasculares. Moura Acevedo en Brasil, ideó la maniobra de bloquear, abrazando simplemente úteros y anexos, por una banda elástica a la cual se le agregaba en el extremo, 2 argollas y la apretaba, como se ajustan los cintos de los pantalones. Nosotros hacemos el bloqueo de manera más simple, tomando una sonda elástica o un tubo fino de goma común, y ajustándolo en el istmo uterino, abrazando en ese lazo elástico el redondo y los ligamentos útero-ováricos. Se ajusta este lazo y se sostiene apretado por una pinza de Pean o de Rouge, que lo mantiene en tensión, interrumpiendo de esta manera la circulación uterina. Este procedimiento es mucho más sencillo; no nos exponemos a herir elementos incluidos en los ligamentos anchos, al hacer los ojales como aconseja Borrás. Este torniquete, lazo o banda elástica, ajustada, hace que se pueda trabajar exangüe en todo el acto quirúrgico de la cirugía del mioma, cualquiera sea la amplitud de este acto.

Lucas Molina, que se ha ocupado de este problema, aconseja dos cosas que para él son fundamentales, para evitar la posible agresión por anoxia prolongada de los tejidos. Una es, no ajustar demasiado apretado el lazo elástico, y otra es desbloquear un instante cada 15 o 20 minutos, para que se haga un aporte sanguíneo al órgano, bloqueándolo nuevamente después. De esta manera, él cree combatir las alteraciones parenquimatosas del órgano, que por la prolongada falta de oxígeno al mismo pueden producirse en el útero. Sin embargo, Borrás que tiene una gran experiencia en el asunto, no tiene trastorno ninguno, manteniendo el bloqueo aún en tiempos más largos.

Rubin, menciona que ha tenido un accidente desagradable, después de un bloqueo prolongado al aflojar el lazo. El creyó que pudiera haber sido a consecuencia de la desintegración de las albúminas tisurales por anoxia, que produjeron histaminas, las que pasaron a la circulación, al desbloquear el órgano y fueron arrastradas a la circulación general. Sin embargo, en muchos casos que él había mantenido el bloqueo largo tiempo, este fenómeno no se había producido. Hay que tener cuidado de que la goma elástica sea suave, para no traumatizar las venas, en su suave endotelio, con lo cual se crearían condiciones favorables a las trombosis. Nosotros, que tenemos una larga experiencia sobre el asunto, no la hemos visto nunca, a pesar de que sistemáticamente usamos el bloqueo, para toda operación uterina por mioma, ya sea la simiple enucleación de un mioma, como la resección parcial de parte del órgano cuando es necesario.

El bloqueo vascular por compresión elástica de las arterias que nutren el útero, no trae ningún riesgo, pero sí muchas ventajas, de la cual ya hemos dicho la principal, el poder trabajar en campo exangüe y poder reconstruir sin premura los lechos miomatosos, después de haber enucleado los tumores, o la refracción orgánica cuando hemos extirpado un sector del órgano. Sin embargo conviene puntualizar, que después de hacer reconstruido el órgano y antes de hacer una correcta peritonización del mismo, es necesario esperar un tiempo de 3 a 5 minutos para ver si alguna zona uterina sangrara, desde el momento que la hemostasia se ha hecho un poco ciegamente, al trabajar en un útero exangüe por el bloqueo. En el caso de que hubiera alguna zona o

punto sangrante, aconsejamos hemostasiar con puntos con catgut simple bien ajustados y solamente peritonizamos después de tener asegurada la total hemostasia.

Hay un hecho importante que no queremos dejar pasar por alto, en esta cirugía de los miomas uterinos, cualquiera sea la táctica y técnica a seguir, y es la propensión que tienen estas operadas a hacer trombosis y en consecuencia el riesgo de una embolia, que puede ser fatal para la enferma. Por ello es que hacemos intenso tratamiento antibiótico durante el post-operatorio, con el fin de evitar que la infección, cree en las venas atriccionadas por ligaduras, una mayor facilidad de trombosis local.

Hay en este gran capítulo de la cirugía del mioma uterino, un grupo de miomas por la ubicación tumoral, obliga que se fijen normas especiales para su extirpación. Nos referimos a los miomas incluidos en el ligamento ancho, que a veces lo desvordan por su tamaño y que pueden crear un riesgo en el acto operatorio, principalmente para el ureter, si no se toman ciertas precauciones. En general estas tumoraciones miomatosas, creciendo excéntricamente, rechazan el ureter hacia afuera, pero en algunas circunstancias pueden englobarlo, aunque esto es raro. Hay un principio básico, en el abordaje de estos miomas, del cual no se puede salir, si no se quiere correr un riesgo importantísimo, en la herida ureteral antes comentada. Anatómicamente sabemos que el uréter se adhiere a la hoja posterior del ligamento ancho y es por ello que conviene abordar la logia ligamentosa, en la cual está alojado el mioma, por la cara anterior del alerón anterior, que lo forma el ligamento redondo. De esta manera evitamos riesgos ureterales y vasculares, y no perdiendo punto de contacto con el tumor, se va haciendo el decolamiento a la vista, en el plano seroso del tejido laxo que lo rodea, no empleando nunca tijeras, sino instrumentos romos o gasas montadas. De esta manera aislamos totalmente el tumor, traccionando fuertemente del mismo, mientras vamos remangando por decir así, los tejidos circundantes, hasta que este mioma pediculado subseroso, queda solamente fijo al útero por su pedículo y entonces es muy fácil cortarlo y ligarlo para hemostasiarlo.

Resumiendo y enfocando en una vista general al problema, que lo hemos localizado solamente al acto quirúrgico, hemos de decir:

1º — Que es necesario con el concepto general de la cirugía funcional conservadora, tratar de conservar al máximo todas las funciones orgánicas del útero.

2º — Que cuando no es posible conservar todas las funciones, hay que tratar de mantener la función menstrual, por el valor preponderante que el ciclo genital endócrino, tiene en el equilibrio hormonal de la mujer y cuya repercusión psico-somática, cuando se perturba, es de tan desastrosas consecuencias.

3º — Que cuando no es posible conservar la función menstrual, en el caso en que necesariamente nos veamos obligados a hacer una histerectomía total y subtotal, podemos hacer con artificios de técnica, pequeños injertos libres o pediculados, que cerráian el ciclo genital, dando aún pequeñas menstruaciones. Función ésta que mantendría una normalidad endócrina.

4º — Que si no es posible conservar endometrio por injerto, conviene abocar las trompas, si se han dejado los anexos, hacia la cavidad del cuello o hacia la cavidad vaginal, porque ellas tienen función menstrual debido a inclusiones endometriales heterotópicas, manteniendo así la posibilidad de cerrar, como órgano efector circunstancial el ciclo genital completo.

5º — En el caso en que circunstancias especiales de multiplicidad de lesiones sépticas, es decir cuando tengamos necesidad de hacer histerectomías totales o subtotales, conviene al no poder dejar los anexos tratar de dejar un ovario o un fragmento de ovario, que por su acción estrogénica regula y equilibra la endocrinea general de la mujer.

6º — Es necesario cuando se van a hacer intervenciones conservadoras por fibromiomatosis uterina, hacer previamente el estudio del cuello uterino, con el fin de no dejar cuellos cancerizables o cancerizados.

7º — Es necesario y aconsejable hacer previamente el raspaje biópsico total, para descubrir o excluir lesiones cancerosas de endometrio. Debe tenerse presente que estos datos pueden dar conclusiones falsas.

8º — Es aconsejable, aunque no de absoluta necesidad, hacer histerografías de frente y de perfil, lo que nos puede orientar en la táctica y técnica operatoria a seguir, además de mostrarnos lesiones sospechosas de neoplasias y su localización.

9º — En los casos en que tengamos que hacer miomectomías en mujeres estériles o en plena actividad genital y con deseos de tener hijos, la inyección intrauterina de azul de metileno al 1 % que tiñe el endometrio y las trompas de color azul, pone en estas últimas un elemento objetivo, para eludirlas en los cortes o evitar tomarlas en las suturas.

10º — Conviene como elemento de orientación práctica en el acto quirúrgico, localizar bien el cuerpo uterino en las grandes tumoraciones de los úteros polimiomatosos, para orientar la táctica quirúrgica.

11º — Es necesario sistemáticamente, abrir la cavidad endometrial mismo en las miomectomías simples para estudiar **de visu** la integridad del endometrio.

12º — En el caso que hagamos una histerectomía fúndica amplia, una subtotal o una total, debe sistemáticamente, abrirse en la mesa de operaciones el útero y ver su cavidad, para estudiar la posibilidad de una carcinomatosis endometrial concomitante, en cuyo caso habría que sacar totalmente el útero y los anexos.

13º — Para evitar en la cirugía conservadora uterina, pérdidas sanguíneas excesivas, que podrían dar lugar además de la anemia al shock, y además operar con útero exagüe, conviene emplear el lazo elástico, que al nivel del istmo comprime todos los pedículos arteriales. Este es un auxiliar de grandísimo valor.

14º — Después de haber hecho cirugía conservadora ayudado por el bloqueo vascular, conviene siempre demorarse unos minutos, para asegurar una hemostasia perfecta, evitando de esta manera desagradables colecciones sanguíneas pos-operatorias.

15º — Como prolijidad de técnica y tácticas operatorias, conviene peritonizar las superficies cruentas, lo más perfectamente posible, valiéndonos de los procedimientos más aconsejables para cada caso. Con el peritoneo vesico-uterino tipo Pestalozza. Con los ligamentos redondos. O con las trompas en el caso de que no se hubiera conservado la función reproductora.

16º — En los miomas incluídos, por grandes que ellos sean, hay siempre un plano de clivaje laxo, que lo separa de las vísceras y de los elementos que como el ureter están en íntimo contacto con él. Para abordarlos en el ligamento ancho, es siempre necesario entrar por la hoja anterior del alerón anterior.

De esta manera y bajo la disección roma, con gasa e instrumental o a dedo, vamos desprendiéndolo, hasta exteriorizarlo y poderlo resecar.

17º — Cerrando este resumen, vamos a destacar el hecho fundamental en esta cirugía conservadora y él es, que solamente debemos recurrir a ella, cuando en la vida genital activa de la mujer, aún necesita mantener todas o algunas de las funciones del aparat genital, pero descartando de manera absoluta, toda lesión maligna de los fibromiomas del útero o de los anexos.

Este enfoque general del acto quirúrgico, etapa fundamental en el tratamiento de esta patología del aparato genital femenino, exige como complemento ulterior, la vigilancia de la operada, hasta que ella normalice la función, que la cirugía le ha respetado. Para ello es necesario valerse de los tests que indican el estado funcional genital que nosotros hemos querido mantener. Entre éstos debemos citar el estudio colpocitológico funcional, la temperaturá basal y a veces llegar al micro-raspado, con la cureta de Novak, cuando queremos estudiar el endometrio en su función de manera objetiva.

Por último, no olvidar de controlar con histerografías o histerosalpingografías, la normalidad orgánica anatómica del útero que hemos operado, práctica que debemos efectuar tres o cuatro meses después de la operación, sin olvidar que se debe seguir clínicamente a estas enfermas, después de operadas.

Para terminar diremos, que hemos querido enfocar el tema desde un punto de vista eminentemente práctico, para poder ser útil al cirujano general, dándole normativas precisas y útiles, para que ellos puedan moverse con seguridad y ser eficaces en el campo operatorio.

Y por sobre todo estos hechos, que hemos venido puntualizando, hemos de hacer resaltar una vez más, que la cirugía conservadora funcional de la fibromiomatosis uterina, tiene un concepto de orden endócrino, que es preponderante y fundamental, al

tratar mantener al máximo la endocrina orgánica de tanta necesidad en el equilibrio endócrino general y que en la mujer principalmente tiene una repercusión sŏmática y psíquica tan trascendental.

Tal es la finalidad de este relato, que como ginecotocólogos, hemos querido contribuir a este Congreso Nacional de Cirugía, aportando elementos básicos que actualizan y ponen al día esta cirugía funcional conservadora.

Adjuntamos a este relato, los datos estadísticos del Departamento de Ginecología de la Clínica Ginecotocológica que dirigimos, en donde surge con clara evidencia, como en la actualidad, el sector ginecológico tiene una función médica de gran repercusión y significancia, que se refleja en los números porcentuales que damos. Así en 7.200 enfermas internadas desde el año 1946 hasta 1951, han sido operadas 1.972, es decir 2.730 %. Y que en este número de operaciones generales ginecológicas que ya hemos dicho eran 1.972, solamente 343 fueron hechas bajo la indicación operatoria de la fibromiomas uterina. Es decir que la relación porcentual de operadas por fibromiomas uterina, es de un 17.31 por ciento, frente a todas las operaciones que se han hecho en estos últimos 6 años. Esto indica además el porcentaje apreciable que esta patología genital femenina, tiene en las afecciones de la mujer.