

CONTRIBUCIONES:

SEÑOR COORDINADOR. — Se va a pasar a la lectura de las contribuciones. Tiene la palabra el Dr. Tarigo.

CONTRIBUCION AL TEMA DEL TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS

Dr. Ernesto J. Tarigo

Hasta hace poco tiempo el hallazgo de un fibroma uterino, en un examen ginecológico era suficiente para indicar una operación dirigida a su extirpación. En el actual momento ese criterio ha variado fundamentalmente, de ahí que me proponga contribuir a este tema resumiendo en forma muy sintética el fruto de mi experiencia personal. Lo haré contestando a tres preguntas que deben estar presente en el espíritu del cirujano antes de decidir una intervención.

- 1) ¿Qué fibromas se deben operar?
- 2) ¿Qué fibromas no se deben operar por falta de indicación justificada?
- 3) Para los que se deben operar, ¿qué operaciones deben ponerse en práctica en los distintos casos?

Se deben operar los fibromas

- a) Los *sub-mucosos* bien diagnosticados con su cortejo sintomático clásico, reforzado si fuese necesario por una histerografía.
- b) Los de cualquier tipo anátomo-patológico que den lugar a menorragias o metrorragias importantes no curadas por un tratamiento médico previo.
- c) Los de tamaño mediano o grande, que aunque a veces no dan lugar a la menor pérdida sanguínea molestan por compresión sobre los órganos vecinos.
- d) Los de cualquier tamaño que se desarrollen en el cuello uterino o parametrios con tendencia a comprimir zonas ureterales.

No se deben operar los fibromas

- a) Los que se descubren al azar de un examen ginecológico, pequeños, que no sangran ni presentan signos de sufrimiento. Ellos no son los responsables del cuadro clínico que trae a la enferma a consultar: disfunción ovárica, oligomenorrea, dismenorrea, insuficiencia ovárica, etc.

Operándolos no solamente no mejoraremos la situación sino que probablemente la empeoraríamos.

b) Los que por su reducido tamaño y su inofensividad, han permanecido ocultos hasta la época de la pre-menopansia, en la cual debido a las irregularidades hormonales del ovario, menorragias, amenorreas, atrasos, irregularidades, etc. se practican exámenes ginecológicos y se les descubren. Son inocentes, no hay que sacrificarlos, hay que emplear los recursos de la terapéutica hormonal y la situación se regulariza.

Casi siempre un raspaje de hemostasis es biopsico y amenudo curativo.

c) No deben operarse los tumores hipogástricos diagnosticados fibromas por los clínicos y que son procesos que los simulan: como la tuberculosis útero-anexial de marcha crónica.

Cuando hay que operar, qué operaciones hay que poner en práctica en los distintos casos.

En la cirugía del fibroma hay que tener como directiva técnica: la conservación de la función menstrual total o parcial según las circunstancias. De ahí que escalonemos nuestras operaciones así:

- 1) Miomectomías (única o múltiples).
- 2) Histerectomías fúndicas.
- 3) Histerectomías altas conservando mucosa endocervical y endometrial baja.
- 4) Histerectomías sub-totales clásicas.
- 5) Cuando el cuello presenta lesiones de cervicitis crónica histerectomía total.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Belloso.