

HISTERECTOMIAS PARCIALES EN LA CIRUGIA DEL MIOMA UTERINO

Dr. Rogelio A. Belloso

(Clínica Ginecotológica del Prof. Rodríguez López)

Desde que los cirujanos perdieron el temor a la infección, al haber sido dominados los procesos sépticos por el uso de los antibióticos; desde que las operaciones quirúrgicas, ganaron en extensión y precisión técnica, en base al progreso de la anestesiología, y al uso de la venoclisis de plasma y sangre permitidos sin riesgos, la cirugía con-

servadora en ginecología, se ha hecho más asidua, más funcional no sólo en el dominio del especialista, sino en el del cirujano general. El antecedente histórico de las operaciones conservadoras, de las amputaciones parciales del útero, se remonta 40 años atrás, a las técnicas de las histerectomías fúndicas, (Wertheim, Passeron, Aschner). Mucho más adelante, ciertas amputaciones atípicas del útero, que fueron en realidad un paso más avanzado y complementario de las miomectomías múltiples, entraron en la práctica quirúrgica de los ginecólogos avezados, constituyendo en un principio, histerectomías parciales no exentas de riesgos; los progresos comunes a todas las ramas de la cirugía, las han hecho de común ejecución en todos los quirófanos; han disminuído notablemente sus peligros; y, sus resultados, son muy halagadores.

Después de conocer en 1938, los trabajos de Risolía, acerca de las amputaciones parciales; luego de apreciar el gran valor del bloqueo circulatorio que le viéramos ejecutar a Borrás (del Rosario), en el Servicio B de Ginecología en 1942, ejecutamos cada vez más las amputaciones parciales, tan de acuerdo con nuestras inquietudes tempranas por la cirugía ginecológica conservadora.

El cirujano general realiza por lo común, solamente histerectomías subtotales o totales; mucho menos miomectomías, por estar aún influenciado por el temor a la morbilidad que antes se le asignaba, a nuestro entender exageradamente, a esta operación conservadora. El ginecólogo, indica actualmente con más soltura, las amputaciones parciales del útero, de su obligado conocimiento.

Para contribuir, en este Congreso, a su mejor conocimiento y realización, fundamentaremos sucesivamente: a) la oportunidad de sus indicaciones; b) los detalles de su preparación; c) las exigencias de la técnica; d) los resultados obtenidos.

A) *Indicaciones.* — Se plantean en las mujeres en plena madurez genital, portadoras de miomatosis uterinas multinodulares, en las que habiendo desechado la posibilidad de miomectomías múltiples, y determinada la topografía de los nódulos en el fondo, cuernos o caras del útero, debemos realizar una operación menstuo-conservadora efectiva y eventualmente posibilitarle la gestación. Bien sabemos, que todos los cirujanos experimentados en ginecología, pueden realizar miomectomías múltiples; riesgosas, de laboriosa ejecución es cierto, pero de buenos resultados.

Personalmente hemos extirpado hasta 14 nódulos, consiguiendo a pesar de las reservas generadas por la ejecución de tantas incisiones y planos de sutura uterinos, un postoperatorio inmediato y alejado muy satisfactorio. Después de 6 semanas la clínica y la radiografía

mostraron que en virtud del gran poder plástico-regenerativo de la fibra uterina, la morfología del útero y su cavidad eran aceptablemente normales. Sin embargo, cuando enfrentamos lesiones multinodulares, no incluidas en los ligamentos anchos y se atisba la posibilidad de hacer una extirpación monoblock de las mismas en el sitio de elección, debe preferirse e indicarse la amputación parcial. En algunos casos, la elección o el abandono del método, se harán, con el vientre abierto.

B) *Preparación.* — El estudio radiológico previo debe ser imprescindible: el uterograma, o el uterosalpingograma, cuando una o las dos trompas son permeables nos enseñan la morfología, topografía y dimensiones de la cavidad uterina; despistan la existencia de nódulos submucosos, de pólipos intracavitarios; alertan la sospecha del neoplasma endometrial en ciertos aspectos mucosos. El roentgenograma deberá realizarse de frente y perfil; su estudio disminuye los riesgos y duración de la operación. Cuando el cirujano va sabiendo la forma y dimensiones de la cavidad uterina; la permeabilidad uni o bilateral de las trompas, puede planear racionalmente donde y cuanto va amputar y si puede conservar trompa. En una enferma estudiada exhaustivamente, la radiografía, el neumoperitoneo pelviano es muy valiosa, especialmente en las vírgenes. Cuando se plantea las dudas de una transformación epiteliomatosa del endometrio, una biopsia previa puede desvanecerla o confirmarla. Cuando la biopsia no es posible queda el recurso de una colpocitología, de gran valor cuando es positiva. Pero si la cavidad está muy deformada o anfractuosa, y la sospecha persiste, es en el acto quirúrgico cuando el cirujano examinando directamente la mucosa uterina, va a decidir su conducta conservadora o radical. Además deben tomarse todas las precauciones habituales frente a todo acto quirúrgico: estudios humorales, dando valor al tiempo de coagulación y sangría, mejores cuando son subnormales y al empleo de los antibióticos, como profilácticos de la flebotrombosis y de la infección respectivamente.

C) *La técnica.* — Indudablemente las amputaciones parciales, como cirugía atípica, puesto que escapan a la hemostasia pedicular, sangran mucho, en especial cuando los miomas están muy vascularizados; su ejecución laboriosa exige indudable dominio de la técnica. Desde mucho tiempo atrás, los cirujanos se ocuparon de operar en un campo exsangüe: históricamente, fué Kleberg, de Odesa quien en julio de 1876, rodeó por primera vez con un lazo elástico el istmo uterino; Martín en el Congreso de 1878, lo recomendaba sistemáticamente y el gran Pozzi, en 1883, comunicaba a la Sociedad de Cirugía de París su aplicación habitual en la histerectomía abdominal. En 1934, Blair Bell en su libro, trae figurado el método de la constricción elás-

tica peri-ístmica basado en la técnica de Bonney. Pero indudablemente es a Borrás a quien corresponde el gran mérito de haberlo perfeccionado y difundido su aplicación. Este distinguido ginecólogo rosarino, ya en sus primeras publicaciones, hacía mención, con la altura y honestidad científicas que lo caracterizan a sus antecesores; pero justicieramente, a nadie se le ocurre designar al método, sino como el “bloqueo circulatorio de Borrás”. En esencia consiste en transfixiar los ligamentos anchos en una zona avascular de su base a la altura del istmo, haciendo pasar, por dos ojales de 1 cms. de ancho un torniquete de goma fina y elástica (Castaño emplea goma maciza) que se unen por detrás del útero, con una pinza de Kocher, ajustándolos de manera a suprimir la corriente arterial de las uterinas; luego, con clamps curvos, protegidas sus ramas por tubos de goma, se bloquea la circulación dependiente de la útero ovárica, la tubaria interna, la tubaria inferior o innominada y la arteria funicular. Se logra así que el útero quede éxangüe durante un tiempo prudencial; a pesar de que algunos llevan el bloqueo a más de una hora, se han descrito accidentes por isquemia, en operaciones que no han durado más de 40 minutos. Lo prudente es, cada 10 o 15 minutos, desbloquear por un momento la circulación y luego ajustar de nuevo la goma. L. Machado, sostiene que es un ajuste incompleto y se aviene a operar en un campo, “no blanco, ni rojo, sino rosado” (sic) como lo dice en su libro. El bloqueo de Borrás constituye un valioso aporte a la cirugía ginecológica; antes de adoptarlo, teníamos la costumbre de obtener una disminución de la irrigación de las uterinas, haciendo comprimir el istmo por un ayudante, que apoyaba en él sus dedos índice y medio separados en “horqueta”. Otro detalle que queremos destacar en la técnica, radica en que las amputaciones parciales del útero, exigen en su inmensa mayoría, la abertura consciente o accidental, prevista o nó, de la cavidad uterina. Antiguamente esta situación era considerada poco menos que nefasta; y, se explicaba, porque se operaban enfermas auténtica o potencialmente infectadas. Pero desde hace muchos años, aún antes de los antibióticos, cuando teníamos la seguridad de actuar en una cavidad sana y teníamos que abrirla, lo hacíamos; jamás tuvimos, en esas condiciones porqué arrepentirnos. En la actualidad esa maniobra intracavitaria, realizada conscientemente, sin prodigarla, es un gesto amenudo obligatorio, muchas veces necesario, útil e intrascendente en las histerectomías parciales: ella permite al cirujano tomar conocimiento directo de la cavidad y del endometrio que la tapiza, y obrar en consecuencia. El cirujano tratará de conservar siempre cavidad uterina, tapizada por endometrio sano y funcionalmente apto, si quiere que su operada tenga una descamación periódica menstrual y la posibilidad de albergar un embarazo, sin o con pocos trastornos hasta su viabilidad o su término.

Las incisiones de amputación parcial, fuera de las fúndicas de Passeron o Aschner, pueden ser circulares, o elípticas, abrazando todo el block a extirpar, pues conviene que sean únicas y lo más regulares posibles.

¿Cómo tratar la sección uterina? La sutura debe hacerse por lo menos en dos planos y mejor en tres: uno submucoso, cuidando de no transfixiar la mucosa, de no incluirla en el espesor de la pared; el segundo intraparietal, en pleno miometrio, a puntos separados con catgut 0 ó 1, reabsorbible; puntos ceñidos sin exceso y colocados sin prodigación. El tercer plano, superficial, seromio-mioseroso, también a puntos separados, bien afrontados, empleando catgut fino. Si resultara fácil hacerlo, podría hacerse un plano de recubrimiento seroso que no reputamos imprescindible; también se puede rebatir, cuando nos parezca útil, el peritoneo vesical sobre las suturas a la manera de Pestalozza.

D) *Resultados.* — El resultado inmediato al terminar las suturas del cuerpo uterino por prolijas que sean, es estéticamente desagradable, como corresponde a la asimetría morfológica resultante; pero todo cambia en el curso de pocas semanas como después veremos.

El postoperatorio inmediato debe conducirse como en toda operación pelviana, con vistas a la profilaxis de la infección y de las flebopatías trombosantes: antibióticos, movilización pasiva y activa precoz levantar oportuno, coagulabilidad sanguínea normal o subnormal.

Esta cirugía, realizada sobre los principios examinados, no conporta mayor riesgo que la otra cirugía ginecológica corriente. Transcurridas 6 a 8 semanas, sorprende el cambio morfológico operado en el útero residual: por la clínica y por el uterograma, la matriz se reconoce con sus caracteres anatómicos habituales, sorprendiendo la regularización de su contorno y de su cavidad. Y, en general una menstruación regular en ritmo, duración y cantidad ha sustituido a los corrimientos preoperatorios: menometrorragias, o leucorreas serosas oserohemáticas. El bienestar físico y sexual se recupera casi siempre en forma llamativa; y, la gestación, cuyo intento no debe permitirse antes de los 8 meses, aunque no común, cuando ocurre puede terminar en un embarazo a término o por lo menos con feto viable; sin desconocer que un número grande de enfermas por razones endócrinas coincidentes a su miomatosis; por estenosis tubarias cicatriciales postoperatorias; por falta de adecuación de la cavidad uterina, no lo gran embarazar o pueden abortar. Lo que sólo tiene trascendencia en las que no han tenido hijos. En resumen, la cura de la enfermedad, con conservación de la función menstrual, es el más positivo resultado observado, con un llamativo restablecimiento de la personalidad física, endócrina y psíquica de la mujer joven sexualmente madura.

Entendemos que por lo expuesto el cirujano general puede sacar un concepto claro de las indicaciones y de la ejecución de esta cirugía fisiológica, cuyo incremento en estos últimos 10 años, le ha quitado el carácter de excepción, con que apasionadamente la ejecutábamos los que desde nuestra temprana iniciación guiamos nuestra terapéutica ginecológica, por un firme y arraigado concepto funcional.