

LA CIRUGIA DEL MIOMA Y LA ESTERILIDAD ⁽¹⁾

Dr. Américo Stábile

Profesor Titular de Patología y de Obstetricia y Ginecología

El tema que vamos a tratar, necesaria y reglamentariamente en forma sucinta, tiene una incalculable importancia práctica, no sólo para el ginecólogo sino para el cirujano general. En apoyo de este aserto basta destacar la corriente consulta por esterilidad consecutiva a una cirugía de exéresis mutiladora, más de una vez excesiva y por lo tanto innecesaria, que determina una esterilidad femenina definitiva e irremediable. Esto se debe a que la histerectomía sub-total como terapéutica de la miomatosis uterina, es de técnica más sencilla, más accesible, de corta duración, mejor reglada y de un período post-operatorio generalmente más benigno, mientras que la técnica de la cirugía conservadora exige un conocimiento más profundo de sus posibilidades, de sus matices, de su táctica operatoria, de sus contraindicaciones y de la debida preparación pre-operatoria, cuya realización práctica sólo es posible con un entrenamiento clínico y quirúrgico especializado mucho más depurado y largamente meditado.

Vaya, pues, esta comunicación con la modesta pretensión de propender a evitar lo evitable; o sea, de no crear la esterilidad donde podemos tratar la esterilidad.

A) *Importancia de la miomatosis uterina como causa de esterilidad femenina.*

Con respecto a la importancia de la miomatosis uterina como causa de esterilidad ⁽¹⁾ se han sostenido opiniones contrarias; para

(1) Trabajo de la Clínica Ginecotológica de la Facultad de Medicina. Cátedra del Profesor Manuel B. Rodríguez López.

unos, los miomas son causa frecuente de esterilidad; las miomectomías seguidas de su cura constituiría una demostración categórica; para otros, no sólo los miomas casi nunca producen esterilidad, sino que en ciertos casos, alejando la época de la menopausia pueden contribuir a favorecer la fecundación. Actualmente, aceptando una opinión intermedia, no se admite que los miomas favorezcan la fecundación, pero se acepta que, si bien en ciertos casos el mioma puede ser una causa evidente de esterilidad, en otros, este tumor nada tiene que ver con ella.

I) *En efecto, la miomatosis no es sistemáticamente causa de esterilidad*

En apoyo de este aserto está la frecuencia con que el mioma y embarazo crea en la clínica obstétrica diarios problemas de orden gravídico, de orden distócico y puerperales, que constituyen como es sabido un importante capítulo de la Ginecología práctica. Por lo contrario, no es infrecuente que en determinados casos la presencia de una miomatosis, aún evidente, nada perturbe la buena marcha del estado grávido-puerperal. No obstante lo cual, la exéresis de un mioma realizada previamente al embarazo constituye un elemento de seguridad nada desdeñable, tanto más si se trata de una paciente nuligesta próxima a la cuarentena, incluso ante la presunción de que la gravidez pudiera haberse logrado sin la miomectomía.

II) *La miomatosis suele ser causa de infertilidad*

A fin de aclarar ideas, conviene distinguir entre la *esterilidad*, entendiéndola como tal *la incapacidad para la fecundación*; y la *infertilidad*, o *inaptitud para engendrar hijos viables* que responde a embarazos terminados por aborto.

La frecuencia del *aborto espontáneo* en las pacientes portadoras de miomas es un hecho de observación corriente, admitiéndose que el aborto sobreviene en un 25 % de los casos (6). La explicación de esta infertilidad surge de diversos elementos patogénicos: la deformación de la cavidad uterina, la nidación angular del huevo o próxima al orificio interno, las alteraciones de la vascularización placentaria, las placentas membraniformes, deformadas o succenturiadas, la frecuente irritación del miometrio y las alteraciones hormonales concomitantes son factores que pueden entrar en causa, aislados o asociados. El aborto incompleto con retención de restos placentarios, como complicación de estas interrupciones que sobrevienen antes de la viabilidad fetal, es aún más frecuente que en otros abortos espontáneos. De ahí la consecuencia práctica de proceder sistemáticamente a la excéresis de los miomas en pacientes infértiles con antecedentes de abortos espontáneos.

III) *La miomatosis uterina puede constituir causa de esterilidad por mecanismos patogénicos diversos.*

En nuestra tesis de agregación ⁽¹⁾ anotamos lo siguiente: "SEITZ" ha emitido la teoría de que, tanto la génesis, como el crecimiento de los miomas, se debe a alteraciones cualitativas de la secreción ovárica. Esta teoría se basa en los hechos siguientes:

- 1º En el período prepuberal no se observan miomas.
- 2º En el período post-menopáusico —espontáneo o provocado— los miomas dejan de crecer.
- 3º En la mayoría de las miomatosas se observa la coexistencia de lesiones ováricas (aumento de volumen, disminución del número de folículos, degeneración microquística).

"Abogan en favor de esta teoría los interesantes trabajos que LIPSCHUTZ presentara al 2º Congreso Pan-Americano de Endocrinología (Montevideo, 1941) sobre las "Bases endocrinas experimentales de la tumorigénesis epitelial y conjuntiva en la esfera genital femenina"; donde, entre otras, analiza experimentalmente las condiciones tumorígenas de sustancias estrógenas (inyecciones repetidas o implantación de tabletas bajo la piel), sobre todo cuando el estímulo ha actuado de modo continuo, a dosis suficiente, y no discontinuo como corresponde a la fisiología normal de la secreción foliculínica. LIPSCHUTZ obtiene así fibromas uterinos que, aunque no idénticos a los miomas de la mujer en su estructura microscópica, presentan una relativa reversibilidad. Admite, además, una marcada acción antitumorígena de la progesterona.

"Para PINARD, la esterilidad favorecería el desarrollo de miomas, lo que se confirmaría por el hecho que el mioma aparece frecuentemente en solteras.

"Sin embargo, la esterilidad en los miomas no es, generalmente, ni la causa, ni el efecto de estos tumores. La esterilidad y los miomas generalmente sólo son fenómenos concomitantes de la disfunción ovárica.

"Si bien el papel de la disfunción ovárica en la esterilidad que acompaña a los miomas no es dudoso, debemos reconocer que no es el único factor causal. Los signos de menorragia y de hidrorrea, así como las alteraciones de la mucosa endometrial, que se comprueban histológicamente en casos de miomas, corroboran este aserto.

"En ciertos casos, es evidente que los miomas impiden la fecundación por una acción mecánica. Tales son los casos en que, después de la o las miomectomías, se produce, a breve plazo, la fecundación (casos personales).

“En otros casos, la esterilidad es debida, probablemente a la
”coexistencia del mioma con ciertas afecciones constitucionales.

“Por último no es raro hallar, en casos de esterilidad, coexistentes
”con miomas, estados más o menos frustrados o acentuados de hiper-
”tiroidismo.

“El origen de la esterilidad de las miomatosas con hipertiroidismo,
”está en las alteraciones ováricas consecutivas a la endocrinopatía.
”Los ovarios no producen óvulos, o los producen dotados de vitalidad
”insuficiente.

“Dada la complejidad de la patogenia de la esterilidad en los
”miomas, con frecuencia nos veremos en la imposibilidad de poner
”de manifiesto la importancia que corresponde a cada uno de los
”factores que pueden entrar en juego en cada caso particular. A
”veces, sólo podremos hacer el diagnóstico después del éxito o fracaso
”del tratamiento.

“Un hecho podemos considerar como bien establecido, y es que
”esterilidad coexistente con mioma, no siempre significa esterilidad
”producida por el mioma.

“En general, se admite que los miomas subserosos pequeños por
”excepción impiden la fecundación. Los miomas subserosos grandes
”que desplazan a las trompas y los ovarios, pueden constituir un obs-
”táculo a la fecundación. Los miomas intersticiales obstaculizan con-
”siderablemente, pero no absolutamente, la concepción. Los miomas
”submucosos, los miomas cervicales y los pólipos submucosos impiden
”casi siempre, pero no siempre, la fecundación, lo cual conduce a no
”formular pronósticos radicales”.

La presencia de miomas submucosos determinan contracciones
más intensas del miometrio como reacción al cuerpo extraño, que se
oponen a una correcta nidación, hecho corroborado por nosotros en
las oscilaciones quimográficas registradas en la insuflación útero-tuba-
ria siempre que haya pasaje de gas por los oviductos, donde es posible
comprobar una verdadera *hiperquinesia de la matriz* (recordamos de
paso, que según nuestra interpretación personal las oscilaciones qui-
mográficas de la insuflación responden a contracciones del miometrio
y no a la de las trompas) (2).

Además, los miomas desarrollados a nivel del cuerno uterino,
pueden provocar *acodamiento*, *compresión*, y aún *obstrucción de la
porción intersticial de los oviductos* y ser causa de esterilidad sin que
medie otra causa en la impermeabilidad de las trompas (contamos
con registros quimográficos demostrativos contraloreados laparotómi-
camente).

Los *miomas sub-mucosos* suelen determinar una *atrofia de la mucosa al nivel en que se implantan*; por el contrario, es extraordinariamente frecuente que el resto de la mucosa corporal se hipertrofie dando una *hiperplasia del endometrio* del todo semejante a la observada en la *metropatía hemorrágica* o enfermedad de BRENECKE-SCHOEDER, consecutiva a un auténtico hiperestrinismo. De tal manera, la causa de la esterilidad, no sólo se explicaría por dificultades en la nidación sino también por la instalación del ciclo monofásico infertil, con ausencia de puesta ovular y consecutiva falta de desarrollo del cuerpo lúteo, con carencia absoluta de su conocida función progestacional.

Es importante no olvidar la frecuencia con que la miomatosis se acompaña de *endometriosis* de las trompas, de ahí que esta última causa de esterilidad tubaria se suma a la oclusión de uno de los oviductos por deformación mecánica o por la salpingitis obstructiva que suele complicar a la miomatosis, pasando como es obvio comprender, inadvertidas.

B) *Cirugía del mioma en la esterilidad*

Esta comunicación forma parte de un capítulo dentro del tema oficial "Estado Actual de la Cirugía del Mioma Uterino"; por lo tanto, nos evitaremos repeticiones en la descripción de las técnicas que aconsejamos. Resumiremos nuestra táctica sobre la cirugía conservadora de la función de la reproducción en los casos de mioma y esterilidad.

Es aconsejable e imprescindible el conocimiento exacto de la cirugía conservadora aplicable al tratamiento de la miomatosis como elemento profiláctico de la esterilidad matrimonial.

La vida moderna, con su complejidad en aumento, lleva a muchas mujeres al *matrimonio en edad relativamente avanzada* y por lo tanto en una época donde la presencia de la miomatosis es en la actualidad más frecuentemente un factor de esterilidad y de infecundidad.

La *preparación previa* de la paciente es fundamental. A las prácticas de rutina en toda intervención ginecológica debe agregarse la *insuflación* previa o mejor la *histerosalpingografía sistemática* para conocer la permeabilidad tubaria y la presencia de núcleos submucosos. (3).

La adecuada *administración de antibióticos* y de anticoagulantes hará la *profilaxis de la infección postoperatoria*, en especial de la tromboflebitis y flebotrombosis, puesto que tal complicación es más frecuente que en la cirugía de excéresis.

a) *Vía vaginal.* — La simple *polipectomía* suele dar resultados brillantes. Se realizará por torsión pedicular del pólipo fibroso en casos favorables, o ligando el pedículo. Un buen taponamiento intrauterino dará cuenta de pequeñas hemorragias post-operatorias.

La *enucleación vaginal* u “operación de AMUSSAT” permite la enucleación de pólipos fibrosos intrauterinos haciéndolos accesibles por *cervicotomía*, mediante previa separación de la vejiga como en la colpografía anterior. En casos de miomas grandes puede y debe recurrirse a la *fragmentación* (“morcellement”) propuesta por PEAN.

La miomectomía por vía vaginal, obliga en los miomas corporales intersticiales o subserosos a la *apertura del fondo de saco peritoneal vesíco-uterino*, a la manera que se realiza en la operación de HALBAN, y a la miomectomía subsecuente previa exteriorización del cuerpo uterino.

b) *La vía abdominal.* — Al seguir esta vía será muy útil estar preparados para hacer el *chromodiagnóstico intraoperatorio* mediante la inyección pre o intraoperatoria de azul de metileno a través del conducto cervical lo que facilitará la técnica y el estudio a simple vista de la permeabilidad tubaria ⁽⁴⁾, así como la visualización del endometrio.

En cuanto a la *miomectomía simple* se hará por sección y ligadura del pedículo en los miomas subserosos pediculados. En los miomas sesiles y en los intramurales se hará *cortes longitudinales sobre el miometrio*; en miomas de mayor volumen es posible enuclearlos por incisiones más pequeñas que su diámetro, pues no hay inconveniente en seccionarlos al medio o en caso necesario fragmentarlos. Actualmente no debemos temer la apertura de la cavidad corporal. La *histerotomía* nos permite en casos de duda descubrir miomas submucosos ignorados.

La *enucleación* propiamente dicha se hace fácil en los miomas pequeños efectuando una maniobra de compresión semejante a la que realizamos al extraer la semilla de una cereza. En miomas mayores es sumamente sencillo hallar el plano de clivaje sub-capsular.

Para HENKEL, “la enucleación practicada en la forma descrita” tiene el inconveniente de dejar la cápsula del tumor “in situ”, la cual, siendo un tejido mal irrigado, retarda la cicatrización de la herida y facilita con ello la infección. Aconseja, por consiguiente, trabajar por fuera de la cápsula, en pleno miometrio, y retirar al mioma rodeado de una capa de músculo sano —mioescisión— (PRO-VENZANO) ⁽⁵⁾. Lo cierto es que el método de HENKEL dificulta en vez de facilitar la técnica.

Los espacios huecos dejados por la miomectomía o las miomectomías se cerrarán con *sutura continua* de manera de efectuar un buen “capitonaje” y eficiente hemostasis. Raramente se requiere la ligadura de gruesos vasos salpicantes. Una correcta *sutura peritoneal* evitarán adherencias postoperatorias y acodaduras tubarias. Con vistas a embarazos futuros, será prudente prescindir de la peritonización con el peritoneo vesical por el método de PESTALOZZA, tan útil en otras circunstancias. (6). Cuando el paño sobra, puede cerrarse en sobretodo; es lo que BONNEY llama “Hood Operation”; o sea, efectuar una “caperusa” con el fondo del útero cuando la pared posterior sobrante contenía un grueso mioma (7).

En casos de *polimiomatosis* la intervención se alarga y se hace mucho más dificultosa. En tal eventualidad, cuando se ha intervenido por la esterilidad, se podrán dejar los miomas más pequeños, confiando que no serán hemorrágicos, ni factores seguros de esterilidad. Si sobreviene un embarazo, como ocurre más de una vez, se tendrá en cuenta la presencia de cicatrices uterinas para recomendar el parto en una clínica. Si después se requiere una reintervención alejada, la enferma se somete más fácilmente a tratamientos más radicales. En tal momento puede ensayarse la terapéutica hormonal por el propionato de *testosterona*.

El inconveniente mayor lo da la hemorragia intraoperatoria, que se puede obviar mediante las “*ligaduras previas temporarias*” empleando pinzas como BONNEY (7) o como lo recomienda BORRAS (de Rosario) (8) rodeando el istmo uterino con una goma elástica apretada por detrás del útero, previa perforación de las bases de los ligamentos anchos por fuera de los vasos por donde pasará el tubo de goma, para suprimir temporariamente el aflujo sanguíneo por las uterinas. Dos clamps bloquean las útero-ováricas y los ligamentos anchos.

En nuestra clínica sustituimos los ojales y los clamps por una sonda de NELATON, pasando la goma elástica en un solo bloque sobre los anexos y el istmo uterino remangados en conjunto, lo que ahorra tiempo, instrumental y evita la perforación de los ligamentos anchos (RODRIGUEZ LOPEZ).

La hemostasis durante la operación es perfecta. Se tendrá cuidado de verificar la hemostasia durante los minutos que siguen al aflojar la ligadura, pues si no se pone atención la hemorragia puede continuar profusamente en el período post-operatorio. Es conveniente abrir un compás de espera antes de cerrar la pared, durante el cual podemos utilizar el tiempo en la apendicectomía profiláctica.

Contamos en nuestra casuística personal con 7 casos de miomectomía seguida del desarrollo de embarazos, uno de ellos en una paciente de 43 años, que vió así satisfecho su instinto hasta entonces frustrado de maternidad.

En casos que la multimiomatosis parecería inclinar a la histerec-tomía, una paciente y minuciosa cirugía conservadora puede ser más eficaz de lo presumible (caso personal). Debe prescribirse sistemá-ticamente antibióticos (penicilina y estreptomícina) en el período post-operatorio.

LEITH MURRAY (cit. por Nicholson y Provenzano) narra el caso de una enferma de 40 años, múltipara, a la cual, después de enu-clear 12 miomas de diferentes tamaños, había dejado un útero tan déforme que una persona que presenciaba la operación exclamó: "Yo no llamo a esto cirugía". A pesar de lo cual la paciente se embarazaba y tenía un parto a término 16 meses después.

En caso de éxito, el riesgo de una rotura uterina intraparto es remoto, pero exige que tales partos sean atendidos en la Clínica hos-pitalaria o privada. En lo que nos es personal contamos con un caso muy elocuente donde, dado el tamaño y la ubicación del mioma, alo-jado sobre el cuerno izquierdo⁽⁹⁾, mientras que la trompa se implan-taba a la manera de un tallo sobre su extremo distal, obligó a realizar una *histerectomía sub-total oblicua* o en banda de GOSSEZ⁽¹⁰⁾ (por obligada resección del mioma, del cuerno izquierdo y de la trompa homóloga). Un embarazo sobrevenido a los pocos meses, llegó a tér-mino y a pesar de hallarnos preparados para el parto quirúrgico se produjo un parto espontáneo de óptima evolución. Según nuestros informes es esta observación nuestra, el único caso de histerectomía oblicua con un resultado en extremo halagador, puesto que superó todo lo presumible ya que terminó con una esterilidad de 10 años. En fin, en casos donde sea imprescindible realizar una histerectomía fún-dica a la BEUTTNER, se puede efectuar la neointerposición de las trompas en ambas comisuras de la incisión, como lo aconseja SERDU-KOFF⁽¹¹⁾. Técnica que hemos realizado en un caso, aunque hasta el momento con resultado infructuoso en cuanto a la esterilidad.

CONCLUSIONES

- 1º La miomatosis uterina no es causa sistemática de esterilidad. Lo prueba la frecuencia del mioma en el estado grávido-puerperal.
- 2º La miomatosis es causa importante de infertilidad al com-probarse un 25 % de abortos espontáneos.

- 3º La miomatosis uterina puede y suele ser causa de esterilidad por mecanismos patogénicos diversos; a saber: por alteraciones concomitantes de la función ovárica (ciclo monofásico), por acción mecánica que dificulta o impide la fecundación y la nidación, por hiperquinesia reaccional del miometrio, por compresión u obstrucción del oviducto, por atrofia o por hiperplasia glánduloquística del endometrio, por endometriosis asociada, etc.
- 4º El dominio de la técnica y táctica operatoria de la cirugía conservadora en el mioma evita la esterilidad definitiva.
- 5º La insuflación tubaria, la histerosalpingografía y el cromodiagnóstico intraoperatorio son elementos coadyuvantes de inestimable eficacia.
- 6º La polipectomía por torsión pedicular, la enucleación por cervicotomía y la miomectomía, previa apertura del fondo de saco véscico-uterino, con o sin fragmentación, se utilizarán en la vía vaginal.
- 7º La miomectomía laparotómica simple o múltiple con "ligaduras previas temporarias" permite realizar la cirugía conservadora aún en casos difíciles puesto que su resultado inmediato y tardío supera lo presumible (7 casos personales de miomectomías con cura de la esterilidad).
- 8º Una histerectomía sub-total oblicua curó un caso de esterilidad matrimonial de 10 años debida a un grueso mioma.
- 9º En fin, donde sea imprescindible apelar a la histerectomía fúndica, se puede recurrir a la neoimplantación tubouterina bilateral en ambas comisuras de la histerotomía.

BIBLIOGRAFIA

1. **Stábile, A.** — La Esterilidad Matrimonial. 1 T. Ed. El Ateneo. Bs. As. 1947. pp. 284.
2. **Stábile, A.** — Nuestra Interpretación de las Alternativas Rítmicas Registradas en los Quimogramas de Insuflación úterotubaria. IVas. Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología, 2 a 5 de Dic. 1951. Ed. Stanley. pp. 182-190.
3. **Stábile, A.** — Métodos de Exploración de la Función Tubaria. I Convencio da Sociedades Brasileira de Esterilidades. Río de Janeiro. Oct. 1951. Arch. Urug. de Med. Círg. y Esp. T. XL. Nº 1. 1952. pp. 1-43.
4. **Stábile, A.** — El Cromodiagnóstico en las Operaciones Plásticas Tubarias. Arch. Urug. de Med. Círg. y Esp. T. XXXVII. Nº 1. pp. 1-6. Julio 1950.

5. **Provenzano, S. D.** — La Cirugía Conservadora en el Tratamiento del Mioma Uterino. 1 T. Ed. El Ateneo. Bs. As. Nov. 1942. pp. 209.
- 6 **Palmer.** — La Stérilité Involuntaire. Ed. Masson. 1 T. 1950. pp. 380 y 381.
7. **Bonney, V.** — **Theextended Scope of Myomectomy.** — Gynecology and Obstetrics. **Davis, C. H.** — Pryor Ed. 1950. T. III. Cap. 18. p. 303.
8. **Borrás, P. E.** — La Hemostasia Previa en la Cirugía Conservadora del Músculo Uterino. Arch. de Ginec. y Obst. Mdeo. Año 1. Oct. 1942. N° 4. pp. 204-213.
9. **Mazer, Ch.** - **Israel, S. L.** — Diagnosis and Teatment of Menstrual Disorders and Sterility. Ed. Hoeber. Nueva York. 1 T. 1941. p. 318.
10. **Faure, J. L.** - **Siderey, A.** — Traité de Ginecologie Médico-Chirurgicale. 1 T. Ed. Doin. París. 1928. p. 902.

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

LA CIRUGIA DEL MIOMA EN LA MENOPAUSIA

Dr. Oscar V. Canessa

Cátedra del Prof. Manuel B. Rodríguez López

El estudio del mioma y su tratamiento, en la menopausia, merece un análisis especial. A pesar que el tema es estrictamente quirúrgico, conviene ubicarlo en este momento de la terminación de la vida genital de la mujer, en donde el declinar de su endocrinia genital descompensa el todo del sistema endócrino, y hace necesario una nueva adaptación de la correlación e intercorrelación entre sus secreciones internas. Es pues este enfoque necesario para darle unidad al comentario estrictamente quirúrgico.

El cese del flujo menstrual no es solo lo que caracteriza a la menopausia, sino todo un conjunto de modificaciones íntimamente ligadas a la función ovárica, que hacen de este período una época especial, a la que Marañón llamó "climaterio".

Su duración, con muchas variantes, es de meses hasta años. Caracterizada por una marcha progresiva hacia el reposo ovárico, el que cesa en su secreción interna y externa, y, sincrónicamente, en la mucosa uterina, cesan sus modificaciones cíclicas y fisiológicas.

La edad en que las mujeres entran en ese período varía entre límites de 45 a 50 años, para nuestro clima, teniendo en cuenta, además, factores de medio de vida, enfermedad o herencia en sus variaciones.