

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.

Está probado que la menopausia actúa favorablemente en la reducción del tumor miomatoso. La involución de la función ovárica origina la reducción del tumor. Se atribuye a la hormona ovárica acción de estimulación sobre la vascularización del tumor, y que su ausencia produce atrofia por insuficiencia circulatoria. Sería pues lógico considerar, desde el punto de vista de una terapéutica racional, las cuatro eventualidades que se presentan: 1º) pre-menopausia, 2) menopausia, 3º) post-menopausia, y 4º) menopausia adquirida no fisiológica, quirúrgica o actínica. De estas 4 eventualidades descartamos las dos últimas, porque en ellas la cirugía con relación al tumor miomatoso poco o nada tiene que hacer.

La post-menopausia se caracteriza por atrofia interna y externa (ovario, trompa, útero); virilización por hiperfunción córtico-suprarrenal, más relacionada con la kraurosis, la leucoplasia y el cáncer que con el mioma, ya que el hipoestrogenismo resultante de la involución orgánica hace regresar el mioma.

La menopausia adquirida puede ser la causa de la terapia empleada para combatir el mioma, sus síntomas son el resultado de la entrada brusca en la menopausia, lo que trae aparejado su gran intensidad.

Pre-menopausia

La pre-menopausia se caracteriza por perturbación del ritmo menstrual y da: en el orden menstrual hipermenorrea, oligomenorrea y cortas amenorreas; en la maduración folicular poca vitalidad de óvulos, lo que hace rareza de embarazos; en lo biológico y funcional insuficiencia de la función trófica y somática: trastornos vasomotores, irritabilidad, fatiga intelectual, tendencia al engorde e hipertensión.

Parece corresponder a un estado de lucha hormonal que existe en este período. Zondek considera tres estados hormonales: 1º) estado hiperhormonal estrogénico, 2º) estado de la desaparición de la actividad ovárica y 3º) estado caracterizado por prolanuria (gonadotrofinas).

El propio Zondek reconoce que estos estados se intrincan de tal manera que es difícil su delimitación, lo que explicaría la mayoría de los síntomas y su variabilidad. Hamblen hace intervenir en esta pugna hormonal la suprarrenal como frenadora de la pre-hipófisis. La lucha hormonal actuaría activamente sobre el tumor miomatoso por períodos de congestión, hasta que ésta no se hubiera solucionado (pre-hipófisis, ovario, suprarrenal). Hay un verdadero síndrome de adaptación a la nueva sinergia hormonal.

Felizmente no todas las mujeres pasan su climaterio de una manera ruidosa: unas, entran en la menopausia casi sin síntomas, se podría decir, sin historia. Otras, con hipomenorrea, amenorrea y algunas llamaradas de calor, que muy difícilmente las lleva a consultar al médico; un tercer grupo sufre intensamente una verdadera enfermedad, que es necesario tratar antes de llegar a lo que podría llamarse la paz menopáusica (adaptación).

Como orientación quirúrgica en el problema general debemos conservar la función gestante si es posible; si esto no pudiera ser (dificultades operatorias, estado de los anexos, sitio de implantación del mioma, etc.) nos conformaremos con respetar la función menstrual. Estamos de acuerdo con la opinión de Aschmer; "fiel a la sinergia útero-ovárica y de la propiedad desintoxicante de la menstruación", que no admite límites de edad y respeta la función menstrual mientras exista. En sus estadísticas sobre intervenciones por miomatosis aparecen 31 enfermas con edades entre 45 y 55 años.

En la fase pre-menopáusica poco importa la función gestante, teniendo en cuenta que los óvulos son de poca vitalidad y por lo tanto la gestación es rara en este período; pero, en los casos en que haya marcado interés por la gestación, debe respetarse, siempre que el problema clínico-quirúrgico no lo impida.

Lo que interesa en este período es conservar el complejo endometrio-ovario, para evitar las alteraciones agudas que produce la brusca castración quirúrgica. Frente a un tumor pequeño (hasta una naranja), sin mayores trastornos y sin complicaciones, por lo tanto hallazgo producido en ocasión de un examen realizado con otro motivo, la actitud quirúrgica debe ser expectante, con la obligación formal de examinar periódicamente a la enferma. Pueden estos tumores, en cualquier momento, empezar a sufrir o aumentar de volumen, por congestiones repetidas producidas por la lucha hormonal, lo que haría necesario una terapéutica activa; o pasar a la menopausia confirmada sin modificaciones, lo que traería aparejado una reducción posterior del tumor.

Si el tumor fuera más grande, llega o sobrepasa el ombligo, sufre (necrobiosis, infección, torsión del pedículo), o por su localización da intensa hemorragia o comprime los órganos vecinos (vejiga, recto); una vez mejorado el estado general (transfusiones, coagulantes, antibióticos, vacunas, ergotina, etc.), debe operarse, esperando las mejores condiciones para ello, siempre que el estado general y sanguíneo no nos obliguen a operar de urgencia.

La cirugía conservadora obliga a conocer con exactitud el estado del endometrio y del cuello uterino como profilaxia del cáncer. El

primero se reconocerá por uu pequeño raspado con fines biópsicos antes de la operación, si esto no se hubiera realizado por cualquier motivo, es necesario, en el curso de la operación, abrir la cavidad uterina y certificar su integridad. En el momento actual estos procederes resisten la crítica antigua ya que los antibióticos nos ponen a cubierto de la infección.

Estadística neo de cuerpo y mioma	}	Bouilley	4 %
		Piquand	1 ½ %
		Tixier	0.88 %

Con la misma finalidad debe examinarse el cuello uterino ,no conformando su aspecto macroscópico debe recurrirse a la colpocitología (Papanicolaou), a la colposcopia (Hinselman) y, en definitiva, a la histología, quien siempre tendrá la palabra final. Con todo esto debe evitarse la posible degeneración neoplásica en cuellos residuales.

Estadística de cáncer de cuello y mioma	}	Tixier	1 %
		Ernesdale	2 %
		Masson y Reel	
		y Charlton	1 %
		citados por Provenzano	

Menopausia

Este estado está caracterizado por falta de menstruación, disminución o ausencia de estrógenos, aumento de andrógenos, de los 17 ceto-esteroides y de la hormona gonado-trófica, con predominio de Thylandkentrin. Para Hamblen hay disminución de la función ovórica, aumento de la función ántero-hipófisis, lo que hace aumentar la función suprarrenal, lo que produce andrógenos. Los andrógenos frenan la hiperfunción hipofisiaria lo que hace estabilizar la hipófisis y cura espontáneamente los trastornos (adaptación).

Una vez estabilizada la hipófisis, la suprarrenal disminuye la función androgénica. Por eso en antiguas menopáusicas se encuentra poco andrógeno. Cuando el ovario disminuye su función es suplantado por la suprarrenal en el contralor de la hipófisis. Se dice que se está en menopausia confirmada cuando transcurren más de 6 meses sin menstruación. La menopausia es una esperanza para la enferma de mioma y es de preocupación para el médico (degeneración cancerosa). En la menopausia el problema quirúrgico del mioma, cuando éste se presenta, está supeditado al nuevo estado hormonal. Frente a síntomas comunes al mioma y al cáncer hay que despistar este último, porque en esta edad es frecuente presentarse ya en el cuerpo o en el cuello.

Si fuera necesario intervenir se debe estudiar el estado general, ya que es común encontrar: obesidad, trastornos cardio-vasculares, diabetes, Basedow, anemia intensa o tuberculosis. Si del estudio del estado general se deduce que es imposible operar, por ser las lesiones cardio-vásculo-renales u otras no reversibles, nos debemos contentar con la actinoterapia sabiendo que ésta encierra una interrogante sobre el porvenir del tumor.

Los partidarios de la roentgenerapia opinan que es más fácil su aplicación, se evitan las maniobras internas y no es necesario internar a la enferma; se hacen aplicaciones, para algunos autores de 300 u.r., en total 8, lo que da 2.400 u.r. en superficie; para otros, son suficientes 800 u.r. siempre que éstas actúen directamente sobre el ovario.

El radio es preferido cuando hay intensa hipermenorrea, muy anemiadas, donde la acción es inmediata. Se usan 3 tubos de 13.33 mg.r. elemento, que destruye 28.8 M.C.D. en una sola sesión que dura 96 horas (4 días), destruyendo a razón de 7.2 M.C.D. por día.

●tros tratamientos sintomáticos y hormonales son necesarios muchas veces mientras se prepara a la enferma para ser operada.

Por todo lo expuesto se deduce que, no es tan necesaria, en la menopausia, la cirugía conservadora, ya que una cirugía más radical nos pondrá a cubierto de la degeneración cancerosa del tumor.

TECNICA QUIRURGICA

De las dos vías quirúrgicas, vaginal y abdominal, reservaremos la primera para los casos que la hagan estrictamente necesaria.

Vía vaginal

Podemos decir que sólo tiene una indicación precisa: la polipectomía del pólipo fibroso que es un mioma submucoso que se ha pediculizado. Los miomas submucosos pediculados son siempre mejor abordados por vía vaginal. Una vez diagnosticados debe actuarse rápidamente, para evitar el esfacelo, la infección o la hemorragia, intensa que ellos pueden dar.

La táctica quirúrgica estará supeditada al tamaño del tumor, y, sobre todo, al estudio de su pedículo.

- a) Pólipos de tamaño pequeño o mediano (hasta naranja), que emerge por el orificio cervical externo.
 - 1º) Desinfección cuidadosa, con merciolato, de toda la vulva y vagina.

- 2º) Tomar el tumor, por su lado libre, con una pinza de 4 dientes y examinar cuidadosamente la longitud y ancho de su pedículo.
- 3º) Torsión: si el pedículo es largo y angosto, hacer torsión sin peligro a la hemorragia.

Si el pedículo es ancho y corto, lo primero que hay que hacer es asegurarse que no haya inversión uterina, porque la cúpula o una de las caras del útero pueden ser arrastradas por el tumor y en vez de cortar éste, se podría lesionar el propio útero. En nuestra Clínica usamos el procedimiento aconsejado por el Prof. Rodríguez López, que nos pone a cubierto de este riesgo. Cuando el tumor tiene base ancha lo mejor es descortezarlo; siempre hay un plano de clivaje cerca de la base en tejido sano, no esfacelado, donde es fácil con una tijera íberar y extirpar sólo el tumor. En estos casos es necesario suturar el pedículo con catgut, lo que nos pone a cubierto de la hemorragia. Como norma general, debe terminarse esta operación pasando una cureta por la cavidad uterina. Pozzi lo aconseja para retirar restos y provocar la contracción uterina; para nosotros, el valor fundamental es recoger todo el material del endometrio para el estudio histológico, por la posibilidad del neoplasma concomitante. Se termina con drenaje, con mecha simple de gasa espolvoreada con sulfatiazol, que quedará 24 horas.

- b) En los grandes tumores se aconseja su reducción previa por fragmentación, con incisiones especiales sobre el tumor (espiroidales, circulares o en semicírculo). Todo esto puede ser evitado, en casos de necesidad, cuando es imprescindible ampliar la luz cervical, haciendo cérvicotomía sola o cérvico-colpo-histerotomía anterior, con despegamiento y elevación de la vejiga, lo que da extensa vía de abordaje al tumor.

La vía vaginal cada vez está más en desuso por su limitación a los grandes tumores, por no controlarse en su totalidad los pedículos uterinos.

Por otra parte, la vía abdominal con el advenimiento del pre-operatorio cuidadoso y los antibióticos han reducido su mortalidad.

Vía abdominal

Es la vía de elección para los tumores subserosos e intramurales, como también para los grandes tumores que sobrepasan el ombligo y

de forma madreporica o si éstos van acompañados de anexitis concomitante. Su amplia luz domina la eventualidad que se presenta.

Laparatomía mediana o transversal. Nosotros somos partidarios, siempre que se pueda, del Pfannestiel rápido, bien reglado por el Prof. Rodríguez López. Da buena luz para los tumores que no llegan al ombligo, se entra rápidamente al vientre sin suturar venas de la pared y no existe el peligro de la eventración como en las medianas. Además, el Pfannestiel puede ser ampliado gracias a la variante descrita por E. Palma, si fuera necesario. Con todo, con tumores muy grandes, que pasan el ombligo o madreporicos, la incisión mediana es preferible.

Para la elección de la incisión y táctica operatoria debe practicarse un último examen en la víspera de la operación, valorando todas las posibilidades operatorias; pero, con todo, muchas veces, sólo con la enferma anestesiada es cuando se decide por una incisión mediana o Pfannestiel.

Miomectomía

Si los miomas son múltiples puede hacerse hemostasia previa por el bloque vascular del útero, pasando simplemente una goma por debajo de los anexos y a la altura del istmo uterino, que apretamos hacia adelante y sujetamos con una pinza.

Tratamiento del tumor

Se corta el útero sobre el mioma hasta conseguir un plano por donde, con una tijera es fácil liberar adherencias si las hubiere. Con una pinza de 4 dientes se toma el tumor, se atrae hacia afuera y permite terminar su descortezamiento. Si el tumor es grande se corta el útero hasta el tumor en forma de casco de naranja, pensando en la reparación ulterior del útero. Si no se conoce el estado del endometrio es necesario abrirlo por incisión a través de la logia tumoral, se inspecciona el endometrio, si éste es asiento de lesión neoplásica es necesario terminar por histerectomía total con anexectomía bilateral.

Si la cavidad uterina está sana o se había practicado raspado biopsico, con resultado negativo, se cierra la cavidad uterina, capitonaje de la cavidad dejada por el mioma; se termina con puntos de peritonización sero-serosos.

Para quedar dentro de los límites horarios de esta contribución, nos ceñiremos al comentario sobre las técnicas más empleadas y sus indicaciones.

Histerectomía fúndica. Lecene, Bell-Beuttner.

Esta operación termina con la función gestante, pero permite la menstruación. Está indicada cuando existen nódulos miomatosos múltiples, que no pueden sacarse aisladamente, o cuando hay lesión aneal concomitante uni o bilateral. Al sacar el fondo del útero con las trompas, se retira la parte enferma de metritis crónica. (Lecène). Consiste en resección del fondo uterino y trompas, respetando el ovario más sano.

Amputación a la Kelly

Dos variantes: 1º) resección horizontal, alta; 2º) resección vertical, cuneiforme. Estas operaciones terminan con la función gestante, respetan los ovarios y las trompas y algo de endometrio, lo que hace posible la menstruación. Está indicada en las miomatosis donde no se puede extirpar el tumor por enucleación o en aquellas enfermas con úteros sub-involucionados, muy hemorrágico, donde el legrado no termina con la hemorragia. Kelly dice, que es suficiente conservar una pequeña cavidad uterina capaz de albergar el extremo del dedo meñique, para respetar la función menstrual

Miomectomía en cuña de H. Freud

El mayor interés de esta técnica es que abre el útero de atrás a adelante, permitiendo una amplia exploración hasta del endometrio, pudiendo completarse, si el caso lo aconseja, con una histerectomía total. Respeta solamente la menstruación.

Operación de Passeron

Esta operación respeta el sistema vascular del útero y anexos. A pesar de no proponerse el autor respetar la menstruación, es lógico suponer que, resta casi siempre el endometrio necesario para que el complejo endometrio-ovario sea suficiente para mantenerlo.

Amputaciones parciales tipo Aschner

Corresponde a Risolia el mérito de haber puesto a punto una serie de variantes que dan solución, cualquiera sea el sitio del tumor, al acto quirúrgico de la miomatosis, con conservación de ovario y de mucosa uterina, capaz de mantener la menstruación. Aconseja para localizar el tumor la histerografía, procedimiento que es una ayuda valiosa, tanto para el diagnóstico como para el plan terapéutico a seguir. Las variantes son: 1º) amputación parcial del fondo, 2º) amputación en U, y 3º) amputación parcial de la región del cuerno y 4º) amputación parcial de la pared anterior.

Miomectomía. Carlos R. Cirio.

El procedimiento ideado por Cirio tiene por finalidad retirar todos los miomas existentes, conservando la mayor cantidad posible de endometrio. Conserva la menstruación.

Dejamos sin describir las histerectomías totales, histerectomías sub-totales con o sin injertos, tipos del auto-trasplante del endometrio de Schmidt, por la brevedad del tiempo.

CONCLUSIONES

- 1º) En la fase pre-menopáusica la cirugía debe ser conservadora, funcional, respetando por lo menos el complejo endometrio-ovario, para evitar de esta manera el desequilibrio hormonal brusco, con toda su sintomatología ruidosa.
- 2º) Si la menopausia es reciente, en su instalación, si el mioma se hace quirúrgico el útero no cuenta ya en el orden de la cirugía funcional, pero conviene dejar un ovario con un fragmento de endometrio, si es posible, cualquiera sea la técnica empleada.
- 3º) En la menopausia confirmada, hasta 2 años, cuando fuere necesario la intervención, algunos aconsejan dejar solamente ovario, para que la secreción estrogénica residual no sufra y proteja la llamada edad "matronal".
Si se sigue este temperamento es necesario vigilar a la enferma, porque el ovario residual puede enquistarse y hacer necesario otra intervención.
- 4º) De cualquier manera hay que tener presente que, en esta edad, el cáncer de endometrio es frecuente y su asociación con útero miomatoso no es rara.
- 5º) Por el peligro que significa el endometrio en potencia de degenerar, conviene cuando se opera hacer histerectomía total.
- 6º) La cirugía conservadora está supeditada al conocimiento de la integridad del endometrio y del cuello uterino, por todos los procedimientos a nuestro alcance, para despistar el neoplasma incipiente y hacer una cirugía radical.

BIBLIOGRAFIA

1. **Aschner.** — Arch. of Gynecology, 1926.
2. **Aschner.** — Gynec. et Obst., 1929.
3. **Bengolea, A. J.** — Tercer Congreso Argentino de Cirugía, Bs. As. 1931.
4. **Beuttner.** — XXXIII Cong. fran. de Chir. París, 1924.
5. **Beuttner.** — Arch. of Gynecology N° 32 - 1908.
6. **Calatroni, C. J. - Ruiz, V.** — Terapéutica Ginecológica, Bs. As. 1952.
7. **Cirio, C. R.** — Bol. Soc. de Obst. y Gin. Bs. As. 735, 1940.
8. **Cirio, C. R.** — Presse Medical, Nov. 19, 1940.
9. **Crossen & Crossen.** — Ginecología Operatoria.
10. **Kelly, H.** — Gynecology, 1928.
11. **Lecène et G. D'Allaine.** — Jour. de Chir. París, 21-23, 1922, 1924.
12. **Lecène, P. - Leriche, R.** — Therap. Chirur., París, 1926.
13. **Marcel, J. E. y Fabre, M.** — Gynec. Med., París, 1927.
14. **Nicholson, E.** — Sinergia funcional útero-ovárica - Tesis de Profesorado, 1929.
15. **Nicholson, E.** — Segundo Cong. Arg. de Obs. y Cirugía, Bs. As. 1934.
16. **Palma, E.** — Cong. Interam. de Cirugía, 494-506, Uruguay, 1947.
17. **Passerón, J.** — Bol. Soc. Cir., Bs. As. I-142 (1911-14).
18. **Pozzi.** — Traité de Gynec. París, 1897.
19. **Provenzano, S. D.** — Cirugía conservadora en el trat. del mioma, Bs. As. 1942. El Ateneo.
20. **Risolía, A. A.** — Amputación parcial del cuerpo del útero. Tesis Prof. Bs. As. 1938.
21. **Stajano, C.** — Seg. Cong. Arg. de Obst. y Ginec., Bs. As. 1934.
22. **Tixier, L.** — XXXIII Cong. Franc. de Chir., París, 1924.