

SEÑOR COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Achard.

LA CIRUGIA DE LOS MIOMAS EN NECROBIOSIS EN EL PUERPERIO RECIENTE

Dr. Arturo Achard

Trabajo de la Clínica Ginecotológica del Profesor Manuel Rodríguez López

Vivimos en el momento actual la época auspiciosa de la Cirugía conservadora en Ginecología y los ginecólogos del mundo siguiendo estos preceptos nos esforzamos frente a cada caso a tratar de mantener estos principios que han ganado terreno entre los procedimientos de la técnica quirúrgica por haber hecho ya pruebas concluyentes de sus resultados.

Ya es lejano el recuerdo de Chelius, quien en el año 1830 y Amussat en 1840, realizaron las primeras miomectomías, antes mismo que se hubiera sistematizado la práctica de la histerectomía.

De aquí pasamos a la etapa anatómica de la ginecología operatoria. La cirugía conservadora había caído en desuso; la brillante cirugía de exéresis realizaba maravillas de técnica en manos de los grandes maestros, y la fórmula casi terminante era la de mioma uterino-histerectomía. Junto a los éxitos apareció bien pronto esa pléyade de mujeres jóvenes que arrastraron por los consultorios médicos la triste carga de sus permanentes alteraciones funcionales, que las había transformado en neuróticas, obesas y desequilibradas del punto de vista endocrino-simpático y para las cuales la terapéutica endócrina sustitutiva era siempre un recurso de resultados sólo transitorios y amenudo inciertos.

Es frente a estos hechos fácilmente constatables, que la reacción ha surgido, y desde el año 1924, en que Tixier y Labey, defienden con ardor las nuevas tendencias de la cirugía conservadora hasta el momento actual, los aportes han sido incesantes en esta posición, y cabe a la Escuela Ginecológica Latino Americana el mérito de aportes valiosísimos a los cuales nos hemos referido en una reciente conferencia en el Curso de Perfeccionamiento de la Cátedra a que pertenecemos.

Y sintetizando lo que hoy es concepto muy arraigado, decía el Profesor E. Nicholson en su brillante relato sobre el tema al II Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia, que "Privar a una mujer sin razón plenamente justificada de la sublime función maternal es cometer una herejía quirúrgica".

"Y el ginecólogo está hoy en día obligado a respetar con profunda devoción esta contingencia, porque los progresos fundamentales reali-

zados en el campo de la fisiopatología y de la cirugía han puesto en sus manos la manera de conseguirlo". Con conceptos similares se expresa también el Prof. C. Stajano en su completo y exhaustivo relato sobre el tema.

Fué preciso luego la reglamentación de las técnicas, adquiriendo así el concepto claro de lo que puede y debe hacerse frente al mioma uterino, y a las distintas circunstancias en que debe enfocarse cada caso.

De este modo la edad; el número, la localización y el volumen de los nódulos tumorales, y junto a esto el estado grávido- puerperal concomitante y las alteraciones que el tumor experimenta durante el mismo, serán otros tantos elementos a plantear que dictarán la técnica a seguir dentro del principio general de ser estrictamente conservadores.

Solo vamos a ocuparnos de las alteraciones y los problemas que el mioma uterino plantea al cirujano durante el puerperio inmediato, desglosando así para su estudio una parte del gran capítulo de miomatosis uterina y estado grávido puerperal.

Digamos *en primer término* qué tipo de alteraciones puede presentar el mioma en este período que sigue al parto y transcurre desde el momento de la expulsión de la placenta y las secundinas, hasta los cuarenta días siguientes. Periodo especial que coloca a la mujer en circunstancias particularísimas en las cuales todo su organismo y singularmente el sistema genital retorna a la etapa anterior al embarazo.

El útero, principal actor, de este acto fisiológico, puesto que en su seno ha alojado el producto de la concepción, permitiendo por las modificaciones fisiológicas que experimenta adquirir el desarrollo que asegura para el huevo a término su normal evolución, va a volver durante el puerperio lentamente a su morada pélvica, hasta readquirir progresivamente los caracteres anatómicos que presentaba antes del embarazo.

Las tumoraciones como el mioma que toman asiento en su parénquima, y que han sufrido muchas de las modificaciones fisiológicas del embarazo, por la preponderante acción hormonal de la placenta van a experimentar también en el puerperio, la influencia del proceso fisiológico involutivo.

Y es en ese juego fisiológico de hipertrofia e hiperplasia que sufre la fibra uterina en los meses de gravidez, para pasar luego a la de atrofia e involución post-parto, donde la fibra muscular a desarrollo patológico constituyente principal del mioma, está expuesta a las mayores claudicaciones, en su nutrición siempre precaria como fruto de una anormal vascularización, y de torsiones, compresiones o agresiones sépticas que adquieren entidad y fácil desarrollo a favor de un proceso de necrobiosis aséptica ya iniciado en el embarazo.

Y de este modo aparece y adquiere jerarquía *el mioma rojo*, complicando el embarazo en una mujer portadora de miomas como manifestación anatomo-patológica de un primer estado de necrobiosis tumoral y aséptica, con impregnación del pigmento hemático por hemolisis (Patel y Vachey), y cuya síntesis de sintomatología clínica debe plantearse en:

- a) *Aumento de volumen del tumor; b) Dolor a nivel del sitio de inserción; c) Fiebre de variable intensidad.*

El constante desarrollo y evolución durante el embarazo se vincula sin duda a una serie de elementos anatómicos entre los cuales es preciso destacar su volumen y la localización variable de estos tumores (sub-serosos, intramurales, sub-mucosos) favoreciendo, o haciendo más difícil el pasaje a la nueva etapa de las complicaciones *que es la séptica*, por supuración y gangrena de los focos en necrobiosis, entre los cuales son los núcleos a localización sub-mucosa o muy cercanos a la mucosa los que están particularmente predispuestos a la infección séptica.

Vemos en estos casos, que la sintomatología inicial que caracterizaba a la necrobiosis, se exagera, y junto a un aumento de la temperatura que llega a 39°, al dolor, y al mayor volumen de los núcleos tumorales, percibimos una acentuada modificación del estado general, con alteraciones digestivas, adelgazamiento y anemia.

Este cuadro que puede aparecer en el curso del embarazo obligando a la operación, es más común en el puerperio, aunque es preciso destacar que el útero grávido miomatoso, sortea amenudo con rara habilidad esta etapa difícil y amenudo riesgosa de su involución fisiológica.

Y es así como la complicación que estudiamos no aparece como frecuente en las estadísticas sobre el tema (trabajos de Bazán-Biondini-Peralta Ramos, etc). Lo poca frecuencia, no debe sin embargo hacer perder al clínico su actitud de vigilancia atenta ante la posibilidad de la aparición de esta grave contingencia, que cuando es precozmente diagnosticada permite realizar una terapéutica activa y conservadora de la función, como es el habitual proceder en la Clínica del Profesor Rodríguez López.

De él surge claramente una conducta que tuvo como base un diagnóstico precoz, y una intervención en la cual prima el principio de Cirugía conservadora que es nuestra norma habitual de proceder. De esta técnica destacamos como hechos esenciales:

- 1° La necesidad del abordaje amplio de los focos en necrobiosis durante el puerperio, una vez diagnosticados sin que detenga

la decisión quirúrgica, la fiebre alta y las modificaciones del estado general *que resultan así una indicación más de la operación inmediata.*

- 2º El inventario cuidadoso y preciso del estado de los núcleos y el grado de infección que ellos presentan.
- 3º La apertura si es necesario de la cavidad uterina, dejando al clausurarla un hilo largo que servirá *de referencia*, de las restantes suturas a realizar.
- 4º La necesidad de reparar cuidadosamente y en varios planos las brechas quirúrgicas restantes después de extirpados los nódulos, evitando peligrosos hematomas entre los distintos planos favorecedores de la infección.
- 5º El valioso recurso de la ligadura temporaria o hemostasis previa que realizamos con la técnica del Profesor Rodríguez López, de acuerdo a los esquemas que exponemos, como modificación a nuestro juicio ventajosa de la valiosa técnica de Borrás, lo que permite actuar en un campo exangüe, sin las innecesarias premuras, a lo cual se veían impulsados los cirujanos que realizaban este tipo de cirugía antes de la adopción de este fundamental artificio de la técnica de la cirugía conservadora.
- 6º La necesaria e imprescindible colaboración de los antibióticos y sulfamidados; que es necesario declararlo, han hecho eficaz, y sin complicaciones esta moderna orientación de la ginecología actual. Es gracias a la profusa impregnación de sulfamidas en las brechas operatorias, a la administración previa y posterior al acto operatorio de penicilina, estreptomina y eventualmente algunos de los otros antibióticos de uso corriente (aureomicina, cloromicetina, terramicina) que la terapéutica conservadora puede y debe ser realizada en la terapéutica quirúrgica de las alteraciones necróticas de los miomas en el puerperio inmediato.
- 7º Agregamos a lo dicho, un último detalle de técnica, que utilizamos sistemáticamente y que hace más efectivo nuestros resultados. Es el drenaje de la cavidad abdominal que realizamos con mecha simple rodeada de goma de guante lo que asegura un perfecto avenamiento en los primeros días del post-operatorio, eliminando de este modo los exudados inevitables procedentes de la amplia herida uterina.

Mediante estos recursos técnicos la evolución hacia la curación ha sido constantemente obtenida sin complicaciones y resulta realmente sorprendente como enfermas operadas en estado de necrosis de

sus núcleos tumorales, entran rápidamente en apirexia para pasar luego a una convalecencia quirúrgica acelerada favorablemente por el recurso invaluable del levantamiento precoz que realizamos en forma sistemática a las 48 horas de la operación.

Una ilustrativa casuística que poseemos de enfermos tratados en la Clínica siguiendo estas directivas que exponemos, dan razón de nuestro proceder, lo que ha traído aparejado para estas en todos los casos, la integridad funcional de su aparato genital, y en una de ellas en la cual se le había extirpado parte del fondo uterino, un nuevo embarazo, seguido de parto normal a los tres años de realizada la intervención.

Con lo expresado, creemos haber traído a esta importante reunión científica, la consideración de un aspecto de la terapéutica quirúrgica del mioma con una solución nueva, y efectiva, y cuyos buenos resultados afirman nuestras convicciones de que por esta vía aseguramos a la mujer en plena vida genital la curación de su enfermedad, dejándola potencialmente fértil y lo que es más importante librándola de los nefastos efectos de la cirugía de exéresis, que al suprimir un mecanismo fisiológico indispensable trastorna la vida genital y psíquica de la mujer, en forma definitiva.

BIBLIOGRAFIA

Extraemos de la profusa bibliografía sobre el tema, las siguientes fichas:

1. **Stajano, C.** — “Cirugía Conservadora en Ginecología”. Indicaciones y resultados. II Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Año 1934.
2. **Nicholson, E.** — “Cirugía Conservadora en Ginecología”. II Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Año 1934.
3. **Borrás, P.** — “Cirugía Conservadora en Ginecología”. El Ateneo. II Edición.
4. **Bazán, J. - Biondini, P.** — “Histerectomía por Mioma Supurado en el Puerperio”.
5. **López Monti, R.** — “Mioma y Embarazo”. Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social, Prof. U. Fernández. Año 1947. Bs. Aires.
6. **Schwarcz, R.** — “Hemorragia en el Puerperio por Fibroma - Histerectomía”. Bol. de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Año 1933.