

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

LAS RAZONES ANATOMO-PATOLOGICAS EN LA CIRUGIA DEL MIOMA UTERINO

Dr. José A. Mautone

Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica de Sanidad Militar
Jefe del Laboratorio de Patología Ginecotocológica de la Clínica del
Profesor M. R. Rodríguez López
Jefe de Laboratorio de la Clínica Quirúrgica Infantil, de la Facultad de Medicina

Trabajo realizado en el Laboratorio de Patología Ginecotocológica
de la Clínica del Prof. M. B. Rodríguez López.

En este tema, que presentamos a la consideración de los Honorables Colegas, asistentes a este Congreso de Cirugía, vamos a tratar un punto de la Patología Ginecotocológica, que es de interés, tanto para los especializados en la cirugía ginecológica, como para los cirujanos generales. En él, vamos a exponer las razones fundamentales, que surgen del estudio anatómo-patológico del complejo útero mioma, para realizar cierto tipo de intervenciones conservadoras.

· Ante todo, debemos aclarar, que cuando nos referimos a mioma, lo hacemos con el criterio amplio de tumoración benigna, que crece en el útero, pudiendo ser ésta indistintamente, un mioma, un fibroma o un fibromioma, pues para el concepto final del tema ello no influye. La reacción uterina es la misma, la cirugía es igual, el diagnóstico se establece en idéntica forma, y en cuanto al pronóstico y orientaciones terapéuticas, no existen diferencias. Solo las existen, desde el punto de vista histológico, pero repetimos, que para nuestro tema en concreto, no nos interesan.

Sabido es, que tres son las localizaciones del mioma en el útero, respecto al espesor de su pared. Podrán ser estos: Serosos o subserosos, cuando su localización se halle en las proximidades o en plena hoja serosa. Serán parietales, intramurales o internos, cuando se localicen en el espesor del músculo uterino, y por último, serán mucosos o sub-mucosos cuando lleguen en su crecimiento a contactar con el endometrio. Y en relación a su situación respecto a las distintas partes o sectores del útero, conocidas son sus localizaciones de cervicales, ístmicos, corporales, fúndicos, o totales, es decir, que la cantidad de miomas es tal, que invaden los distintos sectores del útero. En otras oportunidades, el tumor al crecer, desaloja las distintas partes constitutivas del útero, deformándolo totalmente, haciendo sumamente dificultoso, su reconocimiento topográfico.

Pero en este trabajo, nos vamos a ocupar solamente de la cirugía que se realiza en las miomatosis uterinas, cuando estas tienen una localización intramural predominantemente, pues las otras localizaciones tienen, por parte del útero, el mismo tipo de reacción, pero siempre más disminuido.

Como ejemplo, entonces, y adaptándolos a los distintos casos, es que vamos a tratar el problema del mioma intramural. Corrientemente se presenta en Clínica el caso de una mujer, joven, que es portadora de uno o más miomas uterinos, en distinta situación. El ginecólogo, ante tal eventualidad, y tratándose de una mujer joven, en plena edad sexual, realiza sobre ese útero una intervención conservadora, es decir, trata por todos los medios de extraer quirúrgicamente los miomas, respetando el útero. Y así es que los extirpa, con cierta facilidad, puesto que estos tumores, por propiedades particulares, se prestan muy bien, para un perfecto clivaje, limitándose correctamente la parte tumoral de la uterina, mediante un plano fácilmente abordable. Queda en ese momento, el hueco, lecho del mioma. Se dan ahí, unos puntos de aproximación, y al poco tiempo, han desaparecido de ese útero todas las señales de la antigua localización, no pudiendo decir, al cabo de meses, cuál era el asiento primitivo de la tumoración.

El mioma uterino, es un tumor que crece fundamentalmente, en forma centrífuga, desplazando a los tejidos vecinos, sin infiltrarlos.

A la vez, el músculo uterino, presenta una rara disposición, para dejarse distender y desplazar, sin presentar grandes trastornos, lo que hace que al desaparecer la causa, en este caso el mioma, el músculo vuelva sobre sí mismo, desapareciendo la cicatriz primitiva.

Decíamos que la fibra muscular uterina se alarga frente al crecimiento miomatoso. En idéntica forma a como lo realiza frente al embarazo. Teniendo por lo contrario escasa o ninguna tendencia a atrofiarse, degenerar o esclerosarse. Tiene además, la importante propiedad de no reaccionar el cuerpo uterino, frente a este agresor, por medio de un tejido de granulación que limitara a la manera de cápsula, la zona tumoral de la peritumoral. Esto hace, fundamentalmente, que los vasos de neoformación que sangran tanto en otros aspectos de la patología, acá por no existir, no sangren. Hecho esto facilita la enucleación tumoral, maniobra ésta que se realiza casi sin sangre. Además veremos, como los vasos que eventualmente presenta la zona en que se desarrolla en tumor, son desplazados, comprimidos, pero nunca son asiento de una esclerosis vascular y perivascular intensa, como sucede en otros procesos, inflamatorios o tumorales.

Este es también un aspecto favorable y que se debe conocer. Estando los vasos solo desplazados, sin adherencias, sin esclerosis. su intacta permanencia en la pared peritumoral se asegura, con solo clivar a dedo el tumor, sin seccionarlos a tijera o bisturí.

Existen también, y debemos conocerlos, vasos esclerosados hialinizados en plena zona peri tumoral, pero estos son propios del útero, y no del proceso peri-tumoral. Son los vasos esclerosos que existen en todo útero con fibro esclerosis, que en este caso, actúan pasivamente también, frente al tumor. De donde surge acá un nuevo concepto. No es lo mismo intervenir en un útero joven que en uno fibro esclerosado, pensando además, que no es necesario que la paciente sea de muchos años, si recordamos que existen úteros viejos ya, en mujeres jóvenes.

Las fibras musculares se laminan, agrupándose en haces largos, que dejan entre sí, laxos espacios que ocupa la linfa. A veces son verdaderos espacios linfáticos, en forma de lagunas, tapizados por un endotelio, que a la manera de superficies de deslizamiento se interpusieran entre el tumor y la pared uterina. Este hecho es razonable si pensamos la extrema movilidad de la pared uterina, tanto, que a favor de este mecanismo va desplazando a tumoraciones centrales, para hacerlas serosas o mucosas, finalmente pediculadas.

Debe recordar el cirujano, que muchos úteros fibro esclerosos, presentan espontáneamente pequeños focos de hemorragia. No debe olvidar pues, que en cierta eventualidad, la coincidencia de fibro esclerosis uterina y cirugía conservadora de útero por fibro miomas, puede ser un factor de hemorragia post-intervención. Pero repetimos que en este caso, la hemorragia va más por cuenta de la fibro esclerosis uterina, que por la intervención en sí.

Al sacar el tumor, al realizar la enucleación, queda una amplia zona peritumoral, que a la manera de cápsula, limita al proceso tumoral. Solo sangrarán, los vasos que le prestaban irrigación al tumor, los que serán fácilmente localizados y ligados, recordando acá, que los miomas no presentan pediculo vascular perfectamente limitado.

Excepcionalmente la zona muscular peri-tumoral se esclerosa, se hialiniza o se calcifica. Hemos visto la esclerosis y la hialinización, en úteros ya fibro esclerosos, es decir, en órganos con tendencia biológica a este tipo de reacción. También en úteros edematosos, puesto que según nuestra experiencia, el edema persistente del útero, lleva a la esclerosis de sus distintos sectores, actuando en este caso, el tumor, como zona de localización o condensación edematosa, que luego irá a la esclerosis. Por otra parte, esos verdaderos lagos linfáticos, perfectamente constituidos, actúan drenando total y completamente la linfa, no permitiendo su estancamiento.

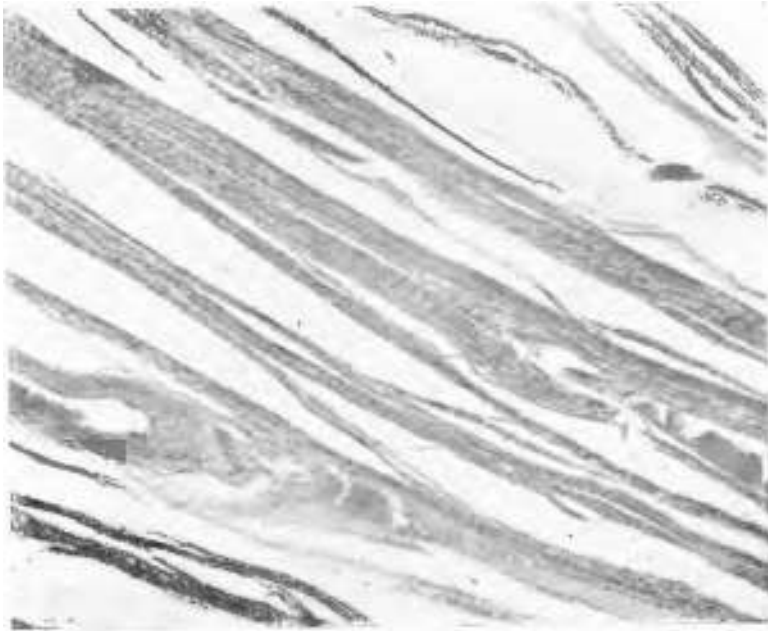


Fig. Nº 1. — Enseña esta micro foto, el aspecto característico de la zona peritumoral con los haces musculares, largos, delgados, separados por amplios espacios linfáticos, muchos de ellos tapizados por endotelio. Véase los vasos, como están incluidos en medio de un manojó muscular, sin originar reacción. Las fibras musculares, presentan toda su vitalidad, estando solamente alargadas.

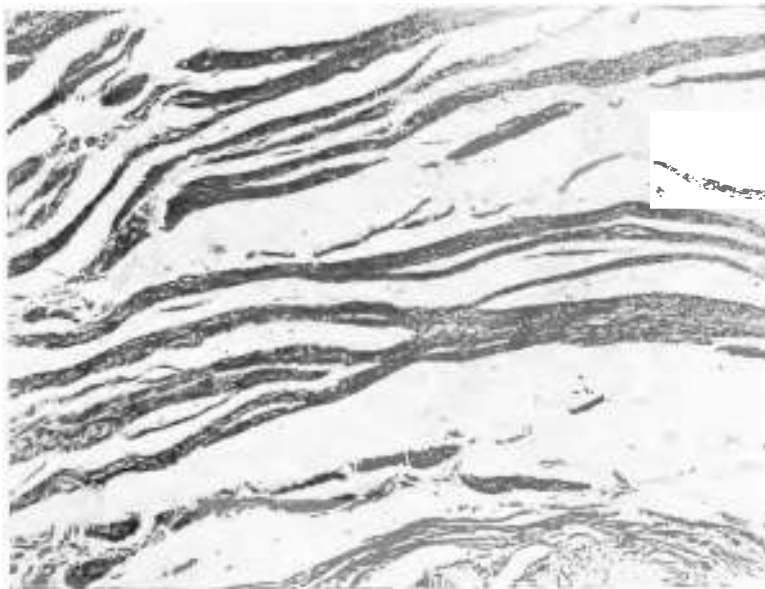


Fig. Nc 2. — Aspecto similar al anterior, pero donde se observa un polo fibromiomaso. Véase el espacio de clivaje, completamente libre de grandes vasos y de tejido de granulación. Entre los distintos haces, existe un amplio espacio de deslizamiento, a favor de los lagos linfáticos. Nótese la ausencia de esclerosis, y recuérdese la abundante trama esclerosa que presentan otros procesos tumorales benignos.



Fig. Nº 3. — Esta lámina enseña también la zona peritumoral. Véase un grueso vaso, de los que eventualmente quedan englobados en el proceso, pero nótese que no produce reacción conjuntiva, ni participa en ningún tipo de esclerosis. En un ángulo inferior derecho, el polo tumoral, separado por un amplio espacio laxo, del tejido muscular uterino.

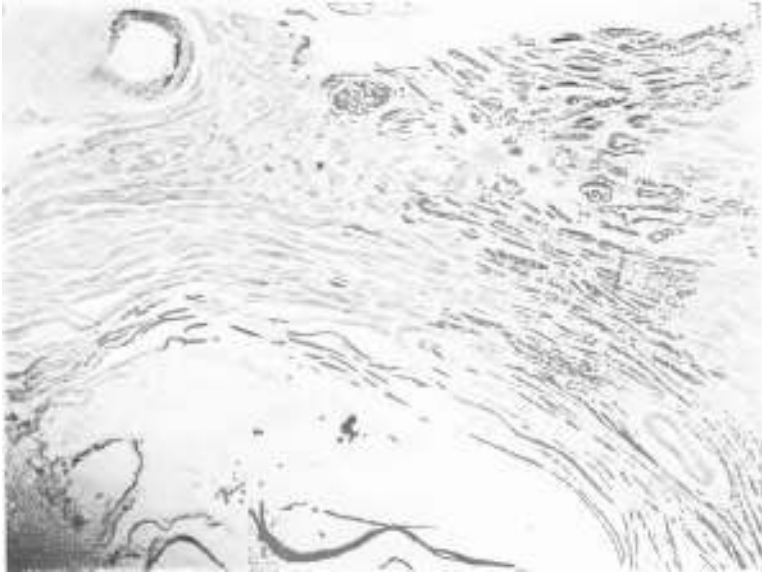


Fig. N° 4. — También esta foto enseña otro aspecto de la zona peritumoral. En la parte inferior, el espacio vacío dejado por la extirpación o mejor, enucleación del tumor. Falta la esclerosis. Los grandes vasos, sólo son comprimidos, sin participar en el proceso. Véase el laminado y los espacios interfasciculares. Jamás hemos visto estos tejidos calcificados. Cuando la calcificación ocurre es en la periferia tumoral, como lo hemos visto en múltiples oportunidades, pero nunca en esta zona, perteneciente al músculo uterino.



Fig. Nº 5. — Enseña esta micro, el laminado, en fascículos, del músculo uterino perifibromiomaso. Muy bien se aprecian los lagos linfáticos, con su revestimiento endotelial. Véase la falta de esclerosis. Fibras musculares perfectamente conservadas. No existen grandes vasos. Utero joven.
Disposición valvulada de los lagos linfáticos de neoformación peritumoral.

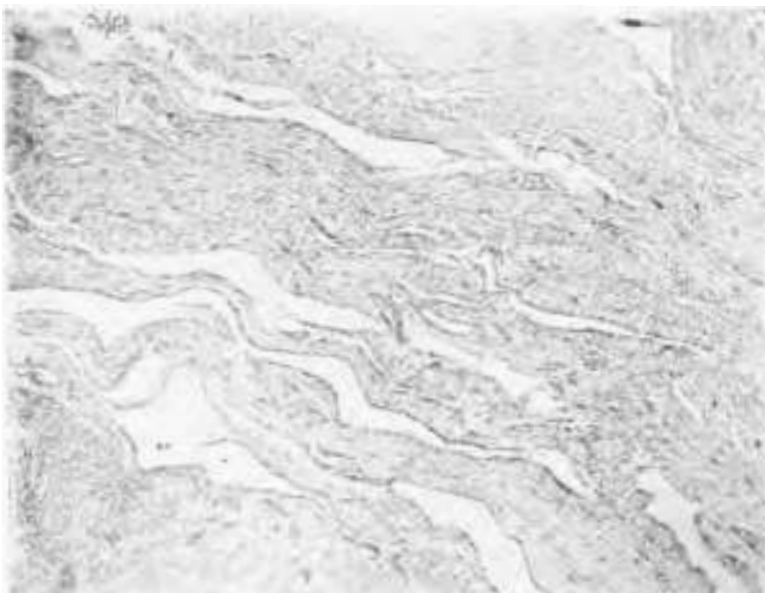


Fig. Nº 6. — Aspecto similar al anterior. Véase el tumor en el ángulo inferior izquierdo. Fasciculado muscular. Lagos linfáticos valvulados. Músculo uterino, perfectamente conservado.

CONCLUSIONES

En este trabajo, hemos querido presentar a la consideración de los Sres. Asistentes, nuestra experiencia sobre algunos puntos a tener en cuenta en cirugía conservadora de útero, en su relación con el mioma uterino. Nos ha llamado siempre la atención, la facilidad con que la fibra uterina se deja distender, sin esclerosarse, degenerar, o necrosarse. La falta o escasez de reacción conjuntiva. La ausencia de calcificación peritumoral. Y en relación a los vasos, la ausencia de tejido de granulación, el englobamiento de los grandes vasos, o mejor dicho, su desplazamiento, y compresión por el proceso tumoral.

Llamamos la atención también, sobre el estado angio escleroso anterior del útero, pues en múltiples oportunidades, el pronóstico rojo de una intervención va por su cuenta.

Presentamos finalmente, láminas muy demostrativas, que enseñan la constitución del plano de clivaje, tan favorable en la enucleación de los miomas.

Hemos insistido especialmente en las localizaciones intramurales de los miomas, pues ellos son los que presentan mayor interés y abarcan prácticamente la totalidad de tales problemas. Las otras localizaciones, son secundarias a éstas, o aún siendo primitivas, no plantean problemas distintos.