

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Rogelio Belloso. (No se leyó).

ROL DE LOS INJERTOS DE ENDOMETRIO EN LA CIRUGIA DLE MIOMA UTERINO

Dr. Rogelio A. Belloso

Desde mediados del año 1944, después de haber abandonado los injertos de ovario en el espesor de la pared abdominala que habíamos realizado con poco éxito en los casos de cirugía de los miomas uterinos fuera de todo recurso conservador, decidimos, luego de conocer los trabajos de Fox y Diez J., realizar el injerto de endometrio como complemento en las operaciones radicales en la mujer joven. Y, en julio de 1945, hicimos nuestra primera comunicación al Primer Curso de Perfeccionamiento Tocoginecológico en la Cátedra del Prof. Rodríguez López.

Los ginecólogos de dilatada experiencia quirúrgica, conocen el porvenir evolutivo de los ovarios restantes después de las histerectomías: un número ínfimo se conservan aparentemente aptos anatómicamente y fisiológicamente. A pesar de los progresos de la terapéutica ginecológica, definidos: por una cirugía eminentemente conservadora realizada cuando los antibióticos han dominado la infección; por la hormonoterapia manejada con la precisión impuestas por la cautela y un mejor conocimiento de la constelación endócrina; por una técnica quirúrgica que ha progresado mucho y, sin caer en preciosismos, es más fina, más detallista en la realización de la cirugía funcional, la conservación de ovario en las histerectomizadas puede conducirnos, a una quistosis postoperatoria, real aunque de menor observancia que hace unos lustros; o bien la esclerosis y la atrofia, sustituyen la maravillosa periodicidad de la gonada femenina, por un cuerpo antifisiológico, por un parénquima patológico, cuya trastornada función mereció de Stajano, anticipado vigía en las ginecopatías funcionales en nuestro medio, la designación de "Ovario tóxico" que, aunque imprecisa, abona lo proteiforme de sus manifestaciones patológicas... Además aún en el caso hipotético de una conservación ovárica perfecta, pudiendo verse los productos de su metabolismo y sus hormonas en la circulación general, al suprimirse el órgano efector, en este caso el endometrio; y, al descontrolarse la interacción reversible hipofiso-ovárica, la mujer experimentaba más inconvenientes que beneficios. La experimentación y la clínica llevan entonces a conservar, no sólo ovarios sanos y generosamente irrigados, sino también tejido endometrial suficiente y funcionante, tejido que al decir de Cirio y Murray, actuaría en ciertos aspectos como una glándula sinérgica de la gonada femenina. El cirujano debía crear una situación parecida a la de las histerectomías fúndicas o supra ístmicas.

Desde 1929, en que Schmid realizara el primer injerto de endometrio, se han sucedido numerosos trabajos cuya consideración no tiene cabida en esta exposición limitada al cirujano general. Sucesivamente el endometrio se injertó en la vagina (Schmid, Saavedra y Cádiz); en el cuello uterino (Fuchs); en el tejido celular subcutáneo abdominal (Douay); en la vena safena (Cirio y Murray); en el muñón cervical (Clovis Correa y en el mismo, como injerto pediculado (Mathyas).

De fines de 1944 hasta hoy, hemos empleado y enseñado como recurso final para la cirugía del mioma en la mujer joven, fuera del recurso de la cirugía funcional conservadora, la práctica del autoinjerto pediculado de endometrio, acompañando a la conservación de ovario sano y bien irrigado. Buscamos, con este eficaz recurso, asegurar a nuestras operadas, una prolongación a veces insospechadamente larga, de su biología endócrina; poniéndola a cubierto de la carencia ovárica y consiguiendo una descarga sanguínea, periódica, muy amenudo mensual, similar a una menstruación.

Los principios de la técnica que realizamos son: a) asegurar la permanencia de parénquima ovárico bien irrigado, para lo cual el cirujano debe recordar la disposición de su circulación arterial; b) englotometrio suficiente y bien irrigado; c) asegurar el avenamiento hacia el exterior, de las descamaciones periódicas de un endometrio funcionante.

Cuando el cirujano lleva o adquiere en la mesa de operaciones, la convicción de que su enferma está fuera de la cirugía conservadora del mioma uterino, determina si hay ovarios u ovario a conservar con buena irrigación; en caso afirmativo, liga y secciona sucesivamente los pedículos funiculares, los utero-ováricos a nivel del útero y las uterinas de ambos lados; cuando realiza la sección circular del cuello uterino, detiene su corte circular hacia adelante o hacia atrás, de tal modo que respete un fragmento de útero de 1 cm. de ancho por 2 a 3 de alto, tallando en el cuerpo uterino un colgajo rectangular, que emerge del cuello seccionado, como un pedículo. 2º) dilatación del canal endocervical con bujías de Hegar hasta el núm. 12, para obtener dentro del muñón, por supuesto sano, un lecho circular, suficiente. 3º) rebatimos dentro de ese estuche cervical el pedículo conservado, cuyo espesor hemos afinado, rebanando longitudinalmente su capa muscular. 4º) una vez rebatido el autoinjerto pediculado de modo que el endometrio contacte con el endocervix, cerramos el cuello por encima con puntos separados de catgut que no hieran la base del injerto ni comprometan su circulación. 5º) solidarización de los muñones ováricos a las comisuras del cuello. 6º) peritonización prolija.

Como ven la técnica es sencilla y de fácil ejecución.

Fecha	Nombre	Edad	Historia	Menstruac.	Dolores	Sínt. Func.	Evolución	Ultima consulta
1944. Nov.	Viol. Cotog.	28 a.	Srv. B. AQKD.	c/28 días	no	no	Excelente	oct. 1952
1945. En.	Seb. Coit.	31 a.	" " APVH.	c/30-35 días	no	no	Buena	set. 1948
1946. Nov.	Luis. Gonz.	37 a.	Sala 4. 994.	c/35-40	soportables	no	Buena	marz. 1951
1947. En.	Ju. Peruc.	42 a.	" " 1250.	c/26-29	no	no	Muy buena	1950
1947. En.	A. M. de Cas.	41 a.	" " 2277.	c/30	escasos	discretos	Buena	dic. 1949
1948. En.	P. A. de Sil.	37 a.	Sanat. Españ.	irregulares	no	discretos	Buena	marz. 1951
1948. En.	S. de Amond.	36 a.	" "	c/28-29	no	no	Muy buena	abr. 1952
1948. My.	Enr. Vier.	39 a.	Sala 4. 2627.	c/30-32	no	flujo	Buena	1951
1948. My.	S. de Mont.	34 a.	San. Guglielmo.	c/30-35	no	no	Excelente	jul. 1952
1948. Ag. 5	R. F. de Said.	41 a.	Sanat. Esp.	c/2 meses	no	no	Buena	1951
1948. Ag. 26	M. Ch. de Cas.	38 a.	Sanat. Urug.	c/NO	no	no	Aceptable	nov. 1952
1948. Nov.	M. V. de Borr.	43 a.	Sala 4. 15188.	c/3-4 meses	discretos	controlados	Buena	1950
1949. Marz.	Delf. Tour.	38 a.	Sanat. Amer. 1506	c/30-37	discretos	no	Muy buena	set. 1951
1949. Abr. 2	Fel. de Gonz.	30 a.	Sala 4. 15.555.	c/29-34	no	no	Muy buena	1952
1949. My. 7	Jos. de Marq.	34 a.	" " 15.722.	NO	no	no	Leucorrea	jun. 1940
1949. Jn. 16	Ir. Batag.	32 a.	Sanat. Am. 1747.	c/40-45 d.	no	no	Excelente	set. 1952
1949. Jn. 30	A. R. de Bay.	34 a.	" " 1769.	c/30 d.	no	no	Excelente	nov. 1951
1949. Ag. 13	Haz. Dent.	40 a.	" " 1936.	sólo 15 mes.	no	no	Excelente	oct. 1952
1950. Oc. 16	Ir. de Ass.	28 a.	" " 3521.	c/30-32	no	no	Excelente	may. 1952
1950. My.	Z. de Tarrask.	37 a.	San. Esp. (Fr.Ur.)	c/30-36	lumbares	no	Buena	marz. 1952
1950. My. 23	S. de Tret.	35 a.	" " " "	NO	irregul.	controlables	Regular	jun. 1952
1951. En. 3	M. L. de Tosc.	39 a.	" Rubbo y Pif.	c/30 d.	cefaleas	no	Buena	abr. 1952
1951. En. 23	X. de Cot.	34 a.	" " " "	irreg.	sí	evidentes	Tratamiento	set. 1952

Resultados

El estudio del cuadro adjunto permite destacar varios hechos:

- 1º La operación tiene sus expresas y contadas indicaciones:
 - a) imposibilidad de realizar cirugía conservadora; b) edad de la enferma: prácticamente por debajo de 45 años; c) exigencia de ovario sano y bien irrigado, lo que reduce su indicación cuando existen lesiones ováricas.
- 2º Dentro de los resultados conviene analizar:
 - a) la menstruación: en general es un pequeño corrimiento hemático; una micromenstruación escasa y abreviada, pero suficiente. Conforme al cirujano, como índice de exitosa sinergia endometrio-ovárica; y, a la mujer, que tanto valor atribuye como índice de vitalidad y de eficiencia genital, a su hemorragia periódica mensual; b) algunas mujeres no han recuperado sus períodos o los han tenido en forma irregular, o muy espaciada, lo que debe atribuirse a un funcionamiento insuficiente, precario del injerto el cual en casos de mala irrigación, ha podido necrosarse y eliminar el pedículo mucoso-miometrial.
- 3º Dolores: salvo en contados casos, no han sido imputables al injerto. Tampoco hemos visto endometriosis intracervical: todos los injertos que han funcionado mantuvieron la comunicación exterior y sus secreciones pasaron sin dificultad a la vagina. Dentro de los casos que hemos podido seguir, únicos referidos en la presente estadística, la evolución ha sido muy satisfactoria; el síndrome funcional de la menopausia quirúrgica ha estado ausente o solo se ha presentado en forma leve y controlable.

Una circunstancia fortuita, verdadero regalo del azar, nos ha permitido la revisión de los ovarios de nuestra primer operada. La hoy Sra. V. C. de A., empleada del M. S. P., menstruó periódicamente 4 días por mes después de su operación, encontrándose perfectamente bien desde noviembre de 1944. A principios de este año, comenzó con molestias en el bajo vientre principalmente en región hipogástrica, atribuidas por la enferma a "enfriamientos por los baños de mar" (sic). Cuando nos consultó a mediados de año, comprobamos al examen una tumoración genital del tamaño de una mandarina, que atribuimos a una quistosis del ovario a nivel del muñón cervical; sus menstruaciones seguían sin interrupción y hasta ahora su salud genital y su libido se habían mantenido perfectas. La reoperamos el nueve de setiembre de este año, comprobando que la tumoración, cuyas fotos e histología acompañamos, era una fibromatosis supracervical; su ex-

tracción no ofreció mayores dificultades, y comprobamos que no comunicaba con el canal cervical; el injerto se mantenía insitu, bien irrigado; los ovarios, ofrecían un llamativo aspecto por su morfología, consistencia y regularidad, sin quistes corticales, de tamaño normal; absolutamente sanos. Suprimido el fibromioma, dejamos todo como estaba. Esta enferma cuya menstruación preoperatoria había sido el 26 de agosto, tuvo a los 23 días, su período acostumbrado de 4 días, precedido esta vez por lumbalgias. Desde entonces ha seguido con su tipo menstrual, en un postoperatorio absolutamente normal. Consideramos que esta excepcional observación operatoria tiene un valor extraordinario, pues nos ha permitido ver y palpar los ovarios 8 años después del autoinjerto, encontrándolos absolutamente normales; y, la génesis de un fibromioma, tantos años después, nos lleva, como un argumento más, a la consideración del factor hormonal en la genética del mioma uterino.

CONCLUSIONES

- 1º El cirujano especialista tiene la obligación de conocer todas las técnicas operatorias conducentes a realizar cirugía funcional, conservadora en la mujer; cirugía a cuya ejecución y difusión hemos consagrado nuestros esfuerzos desde hace 15 años.
- 2º Nuestra estadística muestra que desde hace 8 años, el autoinjerto pediculado de endometrio con conservación de ovario sano y bien irrigado, es una solución paliativa eficaz en la cirugía obligatoriamente mutiladora del mioma uterino.
- 3º Al ofrecer estos resultados, estamos muy satisfechos de haber introducido en nuestro medio quirúrgico, la técnica del autoinjerto pediculado de Mathyas, que ha solucionado para muchas mujeres jóvenes, los problemas físicos y psíquicos derivados de una menopausia quirúrgica, brusca y anticipada.
