

## INFORMACION FUNCIONAL OPERATORIA DE CIERTAS LESIONES OVARICAS

Dr. R. BELLOSO

La cirugía actual debe culminar en su carácter conservador, fisiológico. Ello exige al cirujano un conocimiento sumario, pero eficaz en la exploración macroscópica operatoria, para conocer el estado funcional actual y deducir las posibilidades futuras en la víscera tratada. El cirujano no especializado debe evitar las mutilaciones inútiles: ellas son de fácil ejecución y menor riesgo inmediato, pero tienen insospechadas consecuencias mórbidas alejadas.

Dominado aún inexplicablemente en el sector pélvico, por el concepto anatómico, subestima la función, descuida el factor edad y paridad, determinando trastornos endocrinos serios y comprometiendo el futuro gestacional.

Dada la brevedad del tiempo enunciaremos aspectos prácticos del problema; ya en otros congresos y publicaciones hemos puntualizado nuestra personal opinión sobre la cirugía conservadora, desde quince años atrás. Para entender su necesidad y el perímetro de su alcance, debemos destacar un concepto dominante: *el enorme potencial biológico de la gónada femenina*; en efecto, un mínimo fragmento de ovario bien irrigado, mantiene todas las funciones específicas, las que debemos obstinadamente preservar.

La valoración conceptual, discriminativa de la función, no es fácil por el solo aspecto operatorio: sin el prólogo de la buena clínica, la decisión quirúrgica puede ser temeraria y aun dramática...

Para una más fácil y objetiva comprensión hemos dividido la exploración operatoria (E. O.) funcional del ovario en cuatro capítulos prácticos, aunque académicamente objetables.

## 1º) PATOLOGIA DEL FOLICULO EVOLUTIVO

Bajo la confusa denominación de ovarios quísticos, poliquísticos, quistes de ovario, se engloban distintas situaciones anatómicas; aclaremos: quiste, significa técnicamente retención de secreciones; en cambio quistoma, es un verdadero tumor, benigno o maligno. Los quistes de origen folicular, no tienen crecimiento autónomo, luego no son neoplasmas, únicos o múltiples, de tamaño variable llegando hasta cinco o más centímetros de diámetro, su contenido es claro o hemático: la sangre reciente o antigua, puede dar hematomas foliculares o del cuerpo amarillo. Las alteraciones funcionales, configuran distintos cuadros clínicos de orden menstrual o gestativo; la laparotomía muestra alguna de las imágenes que ustedes ven.

Con el concepto de perturbaciones funcionales reversibles, el balance de la exploración operatoria aconseja cirugía conservadora (C. C.): quistectomías, resecciones cuneiformes o subtotales, evitando el grosero error de hacer anexectomías en hematomas foliculares tomados como embarazos ectópicos o endometriosis, o de resecar cuerpos amarillos grávidos anormalmente grandes, determinando ulteriores abortos, como hemos tenido oportunidad de ver.

## 2º) ENDOMETRIOSIS

Partiendo del concepto que la endometriosis es una enfermedad por estímulo hormonal, no neoplásica, con localización de los "microúteros aberrantes" en el ovario, útero, Douglas, peritoneo, intestino, ligamentos, etc., la exploración operatoria muestra quistecitos azulinos, corticales; o el grueso quiste alquitrinado; acompañado siempre de granulaciones estelares, arrugadas, amarronadas, verdaderas cicatrices diseminadas en la pelvis. Aquí el compromiso funcional debe pesarse, en función de la edad y de la paridad; y, la E. O. aconsejará el tratamiento paliativo quirúrgico-hormonal en las jóvenes sin hijos.

## 3º) QUISTOMAS

### 1) SEROSOS

Constituyen los tumores benignos más frecuentes. Afincan en uno o los dos ovarios; son uni o multiloculares; el tamaño puede alcanzar una cabeza de feto. La E.O.F. determina la can-

tividad de ovario sano, para aconsejar la ovariectomía unilateral, o las resecciones parciales, capaces de preservar la funcionalidad. Sin embargo, mujeres jóvenes han sido anexohisterectomizadas con estas lesiones.

## 2) PAPILIFEROS

Al aspecto anterior se agregan la presencia de excreciones, intra o extraquísticas; verrucosa o en coliflor, de diseminación variable. El peritoneo puede estar invadido, presentar ascitis y algunas veces, hidrotórax (Meigs). La E. O., cuando muestra lesiones unilaterales, limitadas a un pequeño quiste, aconseja la C. C. sólo en estos casos.

## 3) DERMOIDES

Quistes también benignos, a expensas de tejido ectodérmico, pueden presentar a veces formaciones mesodérmicas y raramente endodérmicas; son unilaterales en el 75 % de los casos. La E. O. exige siempre abrir el ovario supuesto sano: a menudo podemos ver y reseca una minúscula formación patológica; se hace exéresis unilateral y, en nulíparas jóvenes, debe conservarse siempre que sea posible un fragmento de ovario sano. Tenemos operadas en esas condiciones, que han tenido varios hijos y seguidas durante más de diez años, no muestran alteraciones en el ovario restante.

## 4º) TUMORES SOLIDOS BENIGNOS, FUNCIONANTES O NO

### 1) FUNCIONANTES

A) *Feminizantes*.— En este título reunimos los tumores histogénica y biológicamente idénticos, cuya estirpe no podemos discutir aquí. La hiperestrogénesis determina la pubertad precoz en las niñas, y hemorragias genitales en las jóvenes. La E. O. nos muestra un tumor sólido, amarillento, encapsulado, suavemente polilobulado, unilateral. La resección unilateral domina la hiperestrogénesis. Esta niña de 9 años, nuestra operada, siete años después sigue sin alteraciones en el ovario restante.

B) *Masculinizantes*.— Estos tumores a pesar de su histogénesis heterogénea, determinan similares alteraciones clínicas y biológicas. De tamaño variable, unilaterales en el 95 % son tam-

bién amarillentos, encapsulados, suavemente lobulados; el arrenoblastoma es el más frecuente. Cuando la E. O. muestra un neoplasma encapsulado, unilateral en una mujer joven, se impone la C. C. con vigilancia ulterior.

C) *Defeminizantes*.— En este grupo reseñamos dos entidades mórbidas distintas. En 1935, Stein y Leventhal, describieron un cuadro de amenorrea con hirsutismo, ocurriendo en mujeres en las cuales la E. O. muestra la existencia de ovarios blancos, simétricamente ensanchados, de la apariencia de huevos, poliquísticos; la resección *subtotal* de ambos ovarios mejora la sintomatología.

En 1942, se dio a conocer un cuadro de obesidad hirsuta, en la cual la exploración hipofisaria y suprarrenal, eran negativas. La androtriosis predomina en cara y extremidades y la exploración operatoria muestra la existencia de ovarios poliquísticos bilaterales, siendo los quistes subcorticales, luteinizados. La resección parcial bilateral, es más exitosa que la ovariectomía bilateral. La amenorrea, la obesidad y menos la androtriosis regresan de esta manera. Recientemente hemos operado un caso muy demostrativo, observándose parcialmente la caída<sup>1</sup> del vello facial.

## 2) TUMORES SOLIDOS BENIGNOS NO FUNCIONANTES

Tenemos dos casos operados de tumores sólidos unilaterales, acompañados de ascitis e hidrotórax. La exploración operatoria mostró un tumor encapsulado de aspecto fibromatoso: su exéresis, provocó el retroceso de los derrames y la normalización de las funciones genitales.

A modo de resumen diremos:

- 1) Ni el tamaño, ni la presencia de papilas, ascitis e hidrotórax, imponen necesariamente siempre la cirugía radical
- 2) La E. O. estableciendo los elementos de benignidad y unilateralidad, lleva a la C. C.
- 3) En los casos límites, la edad y la paridad, influirán en la decisión operatoria.
- 4) La sección medial del ovario supuesto sano será una exigencia de la E. O. F. en todos los casos de quistes dermoides, papilíferos unilaterales.