

INDICACIONES Y DIRECTIVAS
DE LA CONDUCTA CONSERVADORA
ENDOCRINA EN LAS HISTERECTOMIAS
POR PROCESOS BENIGNOS

Dr. J. ALBERTO CASTRO

La orientación quirúrgica en el tratamiento de toda afección no maligna, es la curación del proceso respetando o restituyendo la función del órgano afectado, en el grado compatible con la finalidad principal que es la curativa. Cuando el órgano enfermo es engranaje importante dentro de un sistema, como el útero en el sistema genital femenino, toda mutilación total o parcial plantea el problema del destino del conjunto. Como consecuencia, la relación úteroanexial adquiere en la histerectomía una importancia fundamental por la función endocrina del ovario.

El valor del ovario como órgano endocrino está bien adquirido. No se duda de su función somática general, ni de su función trófica en el desarrollo y conservación del aparato genital, ni de su función gestativa, ni de su valor en el equilibrio funcional del eje hipófisogonadal.

Habiendo una relación tan evidente y cíclica entre la actividad ovárica y la funcionalidad uterina, se impone analizar qué destino tiene el ovario en la histerectomizada. En otros términos, la supresión parcial o total del útero y de la menstruación, ¿son compatibles con la persistencia de la funcionalidad ovárica?

Nuestra respuesta está actualmente bien fundada: la funcionalidad ovárica endocrina persiste en ausencia total o parcial de la menstruación y de la matriz. Igualmente está bien adquirido el conocimiento, experimental y clínico, de que la eficiencia anatomofuncional del ovario restante, en la histerectomía, depende fundamentalmente de la calidad de los tejidos

conservados, del terreno endocrino y de la nutrición vásculo-nerviosa.

La persistencia de la función ovárica, hasta muchos años después de la histerectomía, está comprobada por la observación clínica, por las pruebas funcionales y por el estudio histofuncional de ovarios restantes en histerectomizadas reoperadas.

La secuencia postoperatoria de la histerectomizada con ovarios restantes, es generalmente distinta y fundamentalmente más benigna que la evolución de la castrada. Aquélla, presenta habitualmente pocas manifestaciones disfuncionales generales; tanto menos cuanto más vigorosa y por lo tanto más necesaria es su funcionalidad ovárica. Así, la sintomatología disfuncional de la histerectomizada con ovarios restantes es poco frecuente y, cuando aparece, es poco intensa en la mujer joven y es más manifiesta en la cuarentona, probablemente porque a esa edad se opera ya en un estado climatérico establecido. Frecuentemente la sintomatología disfuncional en la histerectomizada con ovario restante, recién aparece a la edad de la instalación habitual del climaterio, aunque ésta sea muy lejana de la fecha de la operación. Cuando aparece alguna sintomatología molesta en el postoperatorio de la mujer joven, es de fácil contralor hormonal. El trofismo genital con ovarios restantes se mantiene y se caracteriza por la buena nutrición de piel y mucosas, la turgencia mamaria y la actividad sexual sin trastornos. Se comprueba una hipercrinia cérvicovaginal periódica con ritmo de fecha menstrual. Tales son algunos de los testimonios clínicos inmediatos de la continuidad funcional ovárica.

Las pruebas funcionales exploratorias de la actividad ovulatoria, tales como las curvas de temperatura de base, la colpocitología y la cristalización del moco cervical, etc., muestran la frecuencia y la persistencia de ciclos ováricos difásicos. Las dosificaciones hormonales de estrógenos y pregnandiol, igualmente afirman la funcionalidad del ovario restante. La respuesta ovárica a la inyección de gonadotrofina, cuando la gonadotrofina endógena no está aumentada previamente, es igual que en las no histerectomizadas.

El estudio histofuncional de ovarios restantes en histerectomizadas relaparatomizadas, que ha permitido comprobar cuerpos lúteos recientes diez años después de la histerectomía, confirma la vitalidad funcional de la gónada femenina.

Los hechos señalados demuestran que el ovario conserva su funcionalidad endocrina en la histerectomizada. Pero todavía más concluyentes son otras observaciones clínicas: la comprobación de embarazos ectópicos en histerectomizadas y la comprobación de ovarios funcionales en casos de agenesia uterina. Esto confirma que ni el endometrio ni la matriz son imprescindibles para mantener la funcionalidad ovárica endocrina.

conservados, del terreno endocrino y de la nutrición vasculo-nerviosa.

La persistencia de la función ovárica, hasta muchos años después de la histerectomía, está comprobada por la observación clínica, por las pruebas funcionales y por el estudio histofuncional de ovarios restantes en histerectomizadas reoperadas.

La secuencia postoperatoria de la histerectomizada con ovarios restantes, es generalmente distinta y fundamentalmente más benigna que la evolución de la castrada. Aquélla, presenta habitualmente pocas manifestaciones disfuncionales generales; tanto menos cuanto más vigorosa y por lo tanto más necesaria es su funcionalidad ovárica. Así, la sintomatología disfuncional de la histerectomizada con ovarios restantes es poco frecuente y, cuando aparece, es poco intensa en la mujer joven y es más manifiesta en la cuarentona, probablemente porque a esa edad se opera ya en un estado climatérico establecido. Frecuentemente la sintomatología disfuncional en la histerectomizada con ovario restante, recién aparece a la edad de la instalación habitual del climaterio, aunque ésta sea muy lejana de la fecha de la operación. Cuando aparece alguna sintomatología molesta en el postoperatorio de la mujer joven, es de fácil contralor hormonal. El trofismo genital con ovarios restantes se mantiene y se caracteriza por la buena nutrición de piel y mucosas, la turgencia mamaria y la actividad sexual sin trastornos. Se comprueba una hipercrinia cérvicovaginal periódica con ritmo de fecha menstrual. Tales son algunos de los testimonios clínicos inmediatos de la continuidad funcional ovárica.

Las pruebas funcionales exploratorias de la actividad ovulatoria, tales como las curvas de temperatura de base, la colpocitología y la cristalización del moco cervical, etc., muestran la frecuencia y la persistencia de ciclos ováricos difásicos. Las dosificaciones hormonales de estrógenos y pregnandiol, igualmente afirman la funcionalidad del ovario restante. La respuesta ovárica a la inyección de gonadotrofina, cuando la gonadotrofina endógena no está aumentada previamente, es igual que en las no histerectomizadas.

El estudio histofuncional de ovarios restantes en histerectomizadas relaparatomizadas, que ha permitido comprobar cuerpos lúteos recientes diez años después de la histerectomía, confirma la vitalidad funcional de la gónada femenina.

Los hechos señalados demuestran que el ovario conserva su funcionalidad endocrina en la histerectomizada. Pero todavía más concluyentes son otras observaciones clínicas: la comprobación de embarazos ectópicos en histerectomizadas y la comprobación de ovarios funcionales en casos de agenesia uterina. Esto confirma que ni el endometrio ni la matriz son imprescindibles para mantener la funcionalidad ovárica endocrina.

VENTAJAS DE LA CONSERVACION OVARICA

El climaterio de la castrada quirúrgica no es similar al climaterio natural ni al climaterio de la mujer con ovarios restantes; los últimos, son parecidos entre sí. Las similitudes y diferencias deben ser juzgadas en cada caso considerando el factor edad y el estado anatomofuncional de los ovarios en cada oportunidad quirúrgica. La castración quirúrgica de la mujer con ovarios activos, generalmente joven, es un impacto brusco que perturba el equilibrio endocrino. Su primera consecuencia es el hipergonadotrofismo por falta del principal consumidor de gonadotrofinas, el ovario, y por falta del mecanismo frenador de la hipófisis constituido por los estrógenos de origen ovarico. Secundaria, pero habitualmente de manera rápida, tanto más rápida y más intensa cuanto más activa es la función endocrina suprimida, aparecen las alteraciones trofosomáticas con engrosamiento, distrofias osteoarticulares, vasculares, etc. Por oposición, el climaterio espontáneo en la histerectomizada con ovarios restantes, a menudo recién se produce en la fecha de involución natural y es la consecuencia de una decadencia progresiva con posibilidades de adaptación.

Todos sabemos que la castración quirúrgica no es siempre tan dramática; que muchos mecanismos incompletamente conocidos del metabolismo hormonal, las suplencias funcionales por tejidos incretores u órganos aberrantes, etc., producen resultados aparentemente paradójales como el de algunas ovariectomías sintomatológica y funcionalmente silenciosas. No obstante, mientras no dispongamos de recursos diagnósticos para prever en cada caso las consecuencias de la castración quirúrgica, ésta seguirá siendo para nuestra solución terapéutica lo que demuestra la experimentación y la mayoría de las observaciones clínicas.

SUPERVIVENCIA DEL OVARIO RESTANTE

Sabemos que la calidad del tejido ovárico restante, su buena nutrición y la vitalidad endocrina de la paciente, son factores fundamentales de eficacia en la prolongación y utilidad de la gónada conservada. Ignoramos, frente a cada caso concreto, cuánto sobrevivirá el ovario conservado. Tampoco lo sabemos en la mujer considerada normal, por cuanto abundan los hallazgos de ovarios inactivos a los cincuenta años, activos a los sesenta, y pretendidamente distrofiantes sin lesiones específicas a diversas edades postmenopáusicas.

R. Vanden Driessche, en su trabajo sobre "Exploración hormonal funcional del ovario restante", concluye en que la histerectomía no parece precipitar la terminación de la función

las de Pou de Santiago que, con motivo de su relato al 10º Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, comprueba que sobre 218 casos de cáncer de ovario tratados en dos servicios radiológicos de Montevideo, en sólo dos casos había antecedentes de histerectomía; y uno, apareció pocos meses después, lo que hace muy probable su existencia previa.

P. Funck Brentano culmina su capítulo sobre "Fracasos y peligros de la conservación ovárica" al XVIIIº Congreso de la Federación de Ginecología y Obstetricia de Lengua Francesa, citando la expresión de Huguier: "El ovario restante sufre su patología normal con una frecuencia normal".

EFECTOS DISFUNCIONALES DE LA CONSERVACION OVARICA

La experiencia afirma que la conservación bilateral de los ovarios da resultados sintomáticos superiores a la conservación del "ovario único" de los autores franceses. Además, los autores chilenos Kock y Bunster han descrito el síndrome que llaman "de fragmentación ovárica", que Belloso ha contribuido a divulgar entre nosotros. Este cuadro se produce con alguna frecuencia cuando se conserva un ovario íntegro y un fragmento muy pequeño de la gónada del lado opuesto. El fragmento restante se hipertrofia como consecuencia de la acción de las gonadotrofinas excedentes de las necesidades del ovario conservado; y éste, además, no produce estrógenos en cantidad suficiente para neutralizar la actividad hipofisaria. Como consecuencia, el ovario fragmentado sufre una rápida hipertrofia dolorosa y llega a constituir una tumoración funcionante con repercusión hipertrófica hipofisaria. El conocimiento de este hecho es muy importante porque la tumoración ovárica así producida podría inducir una operación quirúrgica innecesaria porque el proceso puede controlarse con tratamiento sintomático y hormonal. Además, es pasible de tratamiento profiláctico estableciendo en el postoperatorio tratamiento estrogénico a dosis débiles y decrecientes.

DISCUSION DE LA CONSERVACION O EXERESIS TUBARIA

Está demostrado que la funcionalidad ovárica no se perturba por la falta de endometrio ni de útero. No obstante, no negamos las ventajas de ser también menoconservador (si esta conducta es compatible con la curación) para respetar el ciclo

efector y por la influencia síquica que la permanencia de la menstruación ejerce en la mayoría de las mujeres. La operación de Demarest, de la cual se han ocupado entre nosotros V. Grille Cendán y, en el III Congreso Interamericano de Cirugía, M. B. Rodríguez López, es un buen recurso menoconservador.

La discusión de la conservación tubaria también ha sido planteada, principalmente desde el punto de vista de la posible afectación circulatoria del ovario restante por la realización de la salpingectomía.

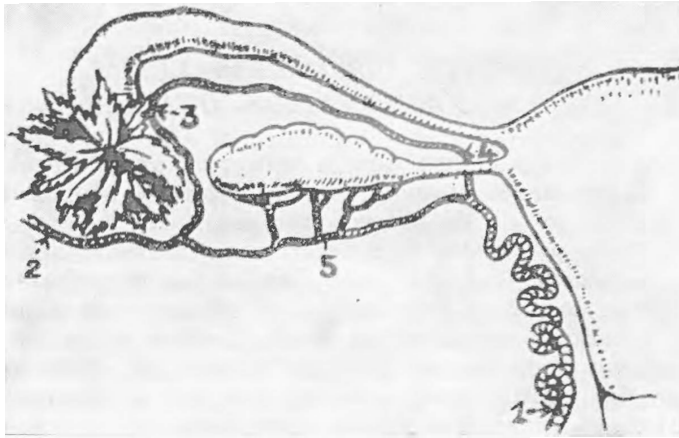


Fig. 1.— Todas las variedades aparentes de circulación anexial coinciden funcionalmente en este esquema de González García. Si se aísla el ovario conservando el cabo de la arteria ovárica (3) y el cabo de la uterina (1), el estudio radiográfico por relleno sucesivo de cualquiera de los extremos muestra que la irrigación del ovario es completa.

La cuestión tiene mucha importancia, puesto que una de las condiciones del buen resultado de la conservación ovárica es el respeto de su irrigación. La minuciosas descripciones de la vascularización del mesosalpinx en relación con la nutrición del oviducto y del ovario, con los diversos tipos arteriales con predominio de la arteria uterina o de la ovárica en la irrigación del ovario, han dado paso a la simplificación que documenta la radiología tanto "in vivo" como en las piezas operatorias. El "peine" arterial que se origina en la arcada de inosculación uteroovárica irriga uniformemente al ovario, y el circuito superior a la trompa. En definitiva, la irrigación del ovario y de la trompa tienen suficiente independencia para permitir la

exéresis tubaria sin afectar la irrigación ovarica. Nada obliga en la conservación del ovario a sacrificar el oviducto correspondiente; pero si la patología concomitante de éste lo exige, puede realizarse sin riesgos para el ovario restante a poco que se respeten algunas normas técnicas elementales. Así, siempre que el caso lo permita, es preferible la salpingectomía subserosa retrógrada. Si no fuere posible, la ligadura yuxtauterina debe ser rasante a la tuba y la hemostasis siguiente debe ser progresiva y yuxtatubaria. Aun cuando la arcada superior fuere ligada, la inferior es suficiente para irrigar el ovario.

El estudio experimental realizado por Te Linde y Wharton, citado por H. Cruz y M. A. Pérez, demuestra que tanto las ligaduras tubarias como la salpingectomía no alteran funcionalmente a los ovarios. Y un trabajo reciente de los mencionados autores chilenos, sobre 12 pacientes a quienes se les había practicado una esterilización tubaria, y 41 casos de salpingectomía, todos relaparotomizados, se concluye en "que ni la esterilización tubaria ni la salpingectomía juegan papel alguno en la génesis de quistes ováricos y que la patología del ovario después de estas operaciones no es diferente, ni es más frecuente que en las no operadas".

CUANDO, CUANTO Y COMO CONSERVAREMOS LOS OVARIOS EN LA HISTERECTOMIA

La primera premisa que debe cumplirse con rigor para decidir la conservación del ovario en la histerectomía, es la seguridad de la benignidad de la afección que la motiva. El estudio previo, pre e intraoperatorio, debe ser bien realizado. La semiología cuidadosa, la buena exposición, iluminación y observación del cuello uterino, así como la biopsia dirigida por un embroque yodado, son de verdadera utilidad. Una biopsia de menos, puede ser la oportunidad perdida para un diagnóstico de interés vital; en cambio, una biopsia de más, nunca tiene esa trascendencia. La citología exfoliativa tiene probado valor. Abrir y observar siempre la pieza operatoria uterina apenas extirpada y antes de continuar la operación.

Antes de los 50 años, en principio, y con tanto más rigor cuanto más joven es la paciente, la función endocrina debe conservarse. Comprendemos que es un límite algo arbitrario. Hay buena diferencia e imponen conductas distintas entre una mujer de 45 años con ovarios duros, esclerosos, síndrome climatérico y hasta ya en menopausia, y una paciente de 55 años, ovarios blandos y funcionales. A los primeros, podremos extirparlos; a los segundos, debemos respetarlos.

Debemos conservar ovarios sanos y preferentemente ambos ovarios por los motivos antes expuestos. Si tenemos dudas, realizaremos la sección exploratoria de cada gónada. No admitimos la exéresis de un ovario para reducir las probabilidades de blastoma en un 50 %, como ha sido propuesto; entre otras razones porque el cáncer ovárico es frecuentemente bilateral. Cuando la decisión deba tomarse frente a una poliquistosis o quistopatía benigna, con dificultades para individualizar parénquima ovárico, la fuente del mismo está siempre junto al íleo visceral, laminado, y debemos saber aislarlo y conservarlo. A menudo se pasa de la primera impresión de ausencia casi total de parénquima a una cantidad sorprendente.

La táctica operatoria debe orientarse hacia el respeto de la correcta nutrición del ovario restante, para lo cual debemos respetar su integridad vascular. Si es posible, respetamos la integridad de la arcada uteroovárica, pero hoy sabemos que seguramente la conservación de uno de los cabos arteriales, el uterino o el ovárico, nutren completamente el ovario. Una de las buenas técnicas está esquematizada en la operación de Soresi-Brocq, similar a la histerectomía interanexial en U de Risolía o de Lucas Molina.

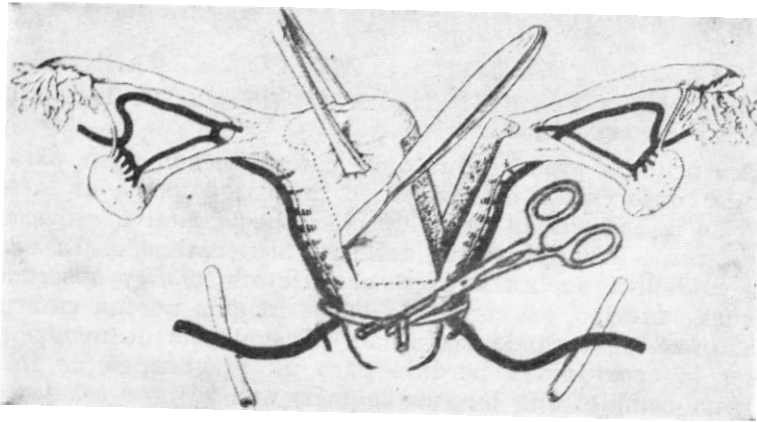


Fig. 2.— Esquema de la operación de Soresi-Brocq, modificado por el agregado de la ligadura temporaria de las arterias uterinas. Para operar "en blanco" se comprimen simultáneamente los vasos anexiales con un clamp. Este tipo de operación permite el máximo respeto a la nutrición de los ovarios restantes.

El ovario restante no debe ser fijado o ubicado demasiado cerca del muñón uterino o vaginal, para evitar el dolor que puede provocar dispareunia; su sitio más conveniente es la pared lateropélvica correspondiente.

Conservar la función endocrina, es un deber de la ginecología funcional. También es una responsabilidad que debe cumplirse realizando el examen médico periódico de las pacientes para despistar oportunamente afecciones que habitualmente evolucionan insidiosamente.

CONCLUSIONES

La función endocrina del ovario persiste después de suprimida la menstruación y también el útero.

La importancia de la función ovárica impone su conservación cuando se efectúa una histerectomía por proceso benigno.

La seguridad de la benignidad de la afección que motiva la histerectomía es fundamental para decidir la conservación de las gónadas y, por lo tanto, debe agotarse el estudio pre e intraoperatorio para descartar degeneraciones malignas.

Los ovarios restantes deben ser sanos y bien nutridos. La arcada arterial uteroovárica vasculariza completamente al ovario, tanto cuando conserva su integridad, como cuando se respeta uno de sus polos vasculares.

La salpingectomía correctamente realizada no afecta la nutrición ovárica.

Debe preferirse la conservación de ambos ovarios. Cuando sólo puedan conservarse ovarios fragmentarios, uni o bilateral, debe preverse el síndrome reaccional y realizar tratamiento estrogénico postoperatorio, de intensidad decreciente pero prolongado suficientemente, para neutralizar la hipergonadotrofinemia.

El ovario residual impone el examen periódico de la paciente para diagnosticar oportunamente alteraciones de naturaleza blastomatosas, aunque su incidencia no sea significativamente superior a los hallazgos habituales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BELLOSO, R. A.—Ovario restante en la cirugía ginecológica funcional. Cátedra del Prof. M. B. Rodríguez López. "Anales de Ginecología", año I, tomo 1, págs. 115-121; Montevideo, 1953.
- BROCQ, P. et ALBERTI, J.—L'histerectomie inter-annexielle. "Gyn. Obst.", 51, N° 1, 23-38.
- CRUZ, H. y PEREZ, M. A.—El estado de los ovarios después de las operaciones sobre la trompa. "Rev. Chilena de Obst. y Gin.", Vol. XXVII, págs. 103-113; 1962.

- XVIII Congreso de la Federación de Gin. y Obst. de Lengua Francesa. Varios correlatos sobre el tema El ovario restante después de la histerectomía. "Gyn. et Obst.", t. II, N° 1 bis; 1959.
- GRILLE CENDAN, V.— Conservación de la menstruación en la histerectomía subtotal por fibromioma. "Arch. de Gin. y Obst.". Montevideo. t. 4, págs. 205-207; 1945.
- POU DE SANTIAGO, A. y PECORONE, R.— Relatos oficiales sobre Fisiopatología del ovario restante. "Décimo Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología", Buenos Aires, 1958.