

INDICACIONES Y DIRECTIVAS EN LA CONDUCTA CONSERVADORA DE LAS FUNCIONES PROCREATIVA Y MENSTRUAL

Dr. MANUEL NOVOA ASENCIO

En el poco espacio de que disponemos para esta ponencia estudiaremos en forma práctica, objetiva y lo más completa posible los conceptos fundamentales en que se basan las indicaciones y directivas de la moderna cirugía funcional.

INDICACIONES

Para efectuar una indicación justa y correcta, es necesario hacer la valorización de los elementos clínicos locales, regionales y generales, y de los estudios coadyuvantes.

DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES LOCALES O UTERINAS

Nos ocuparemos fundamentalmente de los *miomas*, que son las tumoraciones benignas más frecuentes, sin olvidar *algunas malformaciones uterinas* que también exigen tratamiento funcional.

Se estudiará la *topografía de las lesiones*: si son miomas del cuerpo (lo más frecuente) o cuello; de la cara ventral o dorsal uterina. En cada uno de ellos si son submucosos, intersticiales (lo más frecuente), o subserosos o mixtos. También interesa el *tamaño y el número* de los mismos y el *estado anatómico* de los nódulos: ya sea alteraciones secundarias benignas que son las más comunes; la transformación sarcomatosa (2 %); existencia de complicaciones o alteraciones mecánicas, vasculares o infecciosas.

Al nivel del *endometrio* lo habitual es que la mucosa del útero miomatoso sea normal y otras veces se encuentra hiperplasia simple y más raro, hiperplasia glanduloquística. A veces la mucosa es atrófica o presenta pólipos mucosos. Es conocido que las hiperplasias están más en relación con el estado de hiperestrogenismo (que es favorecedor de los miomas), que con la miomatosis en sí misma.

Según distintas estadísticas en el 0,80 % al 4 % de los miomas, se descubre un cáncer de endometrio. Por otra parte, ya sabemos que en 25 % de los casos de neo de endometrio hay miomatosis.

En cuanto a la *sintomatología local* recordamos que los nódulos submucosos dan metrorragia, los intersticiales menorragia, los cervicales e intraligamentosos dan fenómenos de compresión y los subserosos son a menudo silenciosos. El dolor es a menudo debido a la presencia del tumor o a las lesiones secundarias o asociadas.

DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES O REPERCUSIONES REGIONALES

En este estudio se basan los tratamientos simultáneos. Se investigarán las *lesiones y obstrucciones tubarias* (esterilidad e infección). Se valorizarán las *lesiones ováricas* físicas (hipertrofia simple, poliquistosis, quistes, anexitis, etc.) y las funcionales. Se despistará la repercusión de los nódulos miomatosos sobre vagina (obstrucción, distensión); sobre *uretra* y *vejiga* (cistocele, cistitis). Se despistará la repercusión sobre los plexos venosos y los nervios de la pelvis. Es muy raro que la compresión del *recto* llegue a dar síntomas. Se tendrán presentes *otras lesiones regionales* que aunque menos frecuentes tienen gran importancia quirúrgica: adherencias, apendicitis subaguda crónica, endometritis interna y procesos intestinales de diversa jerarquía.

Por todo lo dicho, se explica el cuadro clínico contradictorio variado y confuso que presentan a veces estas enfermas y que tiene proyecciones en el quirófano.

DIAGNOSTICO DE FACTORES GENERALES DE TRATAMIENTO

La edad, el estado civil, el tiempo de matrimonio, la paridad y la infertilidad o esterilidad, son elementos de primerísima línea para la indicación de este tratamiento. El estado psicológico, afectivo, sexual y la situación cultural social y eco-

nómica de la pareja, son elementos fundamentales en la cirugía que nos proponemos. Será imprescindible, además, la valorización del *estado general*, el grado de obesidad, el estudio cardiovascular, pulmonar, renal, metabólico, etc.

MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Son de dos tipos: los de *rutina* preoperatoria para valorizar el estado general de la enferma, de los cuales no nos ocuparemos. Enunciaremos, eso sí, aquellos métodos *confirmatorios de las lesiones locales y regionales* imprescindibles para el acto quirúrgico.

Se estudiará la función ovárica, de importancia capital por la conocida sinergia funcional uteroovárica, no sólo hormonal, sino con proyecciones psíquicas. Se exigirá por lo menos una *colpocitología* seriada que informará sobre el nivel de estrógenos y de progesterona y sobre la existencia o no de ciclos anovulatorios.

Se hará una *histerosalpingografía* frente y perfil con prueba de Cotte que se complementará con una *pelvineumografía* simultánea, como lo hemos efectuado nosotros algunas veces, o sucesiva

La *histerometría* se hará con sonda semirrígida y no con histerómetro, que puede quedar fácilmente detenido por un nódulo. Si se sospechan pólipos del cuerpo se puede explorar su existencia tratando de pinzarlos. Frente a una *cervicitis* se hará estudio bacteriológico, cultivo y antibiograma y además examen parasitario del flujo vaginal. Se debe despistar el neo de cuello por el test de Shiller, colposcopia y biopsia dirigida.

El *raspaje biópsico total y prolijo*, de endometrio y de endocervix, es de rigor en esta cirugía. No olvidar el supuesto caso de un neo de endometrio situado en la vertiente superior de un nódulo submucoso que no es alcanzado por la cureta. Frente a estos casos es útil la biopsia por aspiración y si la duda persiste, la inspección directa del endometrio durante el acto quirúrgico. La *cistoscopia* y la *urografía de excreción* son de rigor frente a nódulos miomatosos grandes enclavados en el Douglas o en nódulos incluidos en el ligamento ancho. El *estudio de la esterilidad de la pareja*, está indicado frente a la posibilidad de cirugía gestoconservadora para que tenga ésta razonables posibilidades de éxito.

Con los estudios mencionados, estamos en condiciones de recurrir a la cirugía conservadora y realizarla sobre una base fisiológica de conservación plurifuncional: menstrual, gestativa y endocrina o de conservación monofuncional, de acuerdo a las características del caso.

Como concepto general, usamos un *esquema práctico* que eventualmente puede sufrir variaciones frente a un caso determinado. Hasta los 40 años, se hace cirugía menoconservadora y también gestoconservadora en célibes y en nulíparas o infértiles deseosas de maternidad y capaces de afrontar la posibilidad de un parto quirúrgico. De los 40 a 45 años, cirugía menoconservadora; de los 45 a 50, se hace histerectomía total o subtotal según los casos y se conservan los ovarios. Por encima de los 50, anexohisterectomía total.

Frente a la enferma, el cirujano no siempre puede comprometerse a realizar un tipo determinado de cirugía, por lo que es muy útil plantear a la pareja las distintas posibilidades quirúrgicas según los hallazgos operatorios. Se evitará así, a menudo, enojosas recriminaciones ulteriores.

CONDUCTA PARA CONSERVACION DE FUNCION PROCREATIVA

Esta cirugía se ha beneficiado de los progresos en anestesiología, en hemoterapia y con el uso de los antibióticos, lo que ha hecho que los riesgos sean mínimos.

La anestesia puede ser general o raquídea que es la que se usa frecuentemente en nuestro Servicio. Según la característica del caso, la vía de abordaje debe ser vaginal o abdominal.

VIA VAGINAL.

Veamos algunas de sus indicaciones y técnicas a usar.

En el *pólipo fibroso a pedículo fino*, se hará dilatación del cuello con bujías seguida de torción del pólipo hasta que se desprenda, o sección del pedículo con un ansa amigdalina. En seguida se hará el legrado biópsico total para despistar otros pólipos o lesiones funcionales u oncóticas de mucosa endometrial.

En el *pólipo fibroso a pedículo ancho o alto* es necesario hacer una traquelotomía o una histerotomía anterior (operación de Amussat). Para efectuarla, se debe separar previamente la vejiga del cuello y segmento inferior del útero, luego cervicotomía anterior, lo que facilita la sección de la base del pólipo y la hemostasis de la misma. En seguida sutura del cuello y reposición de la vejiga cerrando con unos puntos la brecha vaginal.

Cuando se trata de un *verdadero mioma cervical intramural* que crece sobre todo hacia abajo y no tiene relaciones altas, se

puede abordar por esta vía. Se separa y se eleva la vejiga, se individualiza la cápsula, se hace la *enucleación* del nódulo (si es necesario en forma fraccionada) y se sutura el lecho, se reconstituye el cuello y se fija en su sitio la vejiga.

VIA ABDOMINAL

Es la *vía de elección* en la cirugía gesto y menoconservadora, pues permite un correcto balance lesional previo a la intervención propiamente dicha en cuanto a topografía, volumen y número de los miomas. Facilita la ponderación de las lesiones asociadas locales y regionales diagnosticadas o no clínicamente, y la ejecución quirúrgica se vuelve correcta y fácil.

En esta etapa de *exploración operatoria*, el primer acto es localizar el cuerpo uterino, a veces muy deformado por los procesos patológicos. Para esto, se localiza la parte interna de ambas trompas, ligamentos redondos y ligamentos uteroováricos que circunscriben el fondo uterino y, por otra parte, se trata de palpar el cuello uterino. Localizado así el cuerpo uterino, éste sirve de centro para el resto de la exploración y de la acción quirúrgica. Terminada la exploración y decidido el cirujano por la línea conservadora, debe preocuparse por obtener un campo exangüe. Para eso se usa el bloqueo *circulatorio de Borrás*, que consiste en colocar una sonda de Nélaton periistmica que atraviesa la base del ligamento ancho por el área avascular del mismo.

Dicha sonda se estira y así aprisiona los vasos uterinos y se mantiene en tensión con una pinza. Además se colocan "rubber clamps" sobre los pedículos funicular o infundíbulo pélvico.

Moura Azevedo y entre nosotros Rodríguez López, usan una técnica semejante, que toma con el torniquete al mismo tiempo que el istmo, ambos pedículos infundibulopélvicos. Para evitar las eventuales lesiones isquémicas del miometrio o la necrosis del endometrio, atribuidos por algunos autores al bloqueo prolongado, se aflojará éste un momento cada 10 ó 15 minutos, aprovechando esta espera para el control de la marcha de la hemostasis.

Algunos autores no usan el método de Borrás y prefieren la inyección de ocitocina sobre el músculo uterino para mejorar las condiciones operatorias.

Otro concepto general a toda la cirugía conservadora es que, cuando los ovarios son grandes o poliquísticos, se deben hacer resecciones ováricas parciales para que la masa parenquimatosa restante guarde proporción con la extensión de endometrio que se conserva, asegurando así una mejor correlación endocrina ovárica endometrial.

La cirugía gestoconservadora, consiste en la miomectomía y en la histerectomía fúndica. Como acto previo a la operación se aconseja en nuestra clínica la *instilación uterina de azul de metileno al 1 %* en solución de penicilina, que tiñe así sucesivamente el endometrio y las trompas y permite con más facilidad evitar los traumatismos o las lesiones de ellas y facilita las eventuales salpingoplastias.

La miomectomía.— Es la operación de elección en la cirugía conservadora de la gestación y sus indicaciones generales ya fueron vistas. Desde el punto de vista local, se aconseja efectuarla cuando el número de nódulos es reducido y no son muy grandes.

Está contraindicado en mujeres que tienen arriba de los 40 años y poseen hijos. No se hará si hay posibilidad de complicación de los miomas o si existe endometriosis. Tampoco se efectuará si la gran extensión y el número de los nódulos hace imposible la operación. Se efectuará durante el embarazo solamente en los raros casos en que el sufrimiento de los nódulos no ceda con el tratamiento.

La miomectomía se efectúa en tres casos: miomas del cuerpo de distinto tipo, miosa incluidos en ligamento ancho o miomas del cuello uterino a evolución supravaginal.

En el primer caso puede tratarse de un mioma subseroso pediculado que se resuelve por polipectomía simple con o sin resección parcial de la pared uterina cercana a la base y sutura de la brecha. En los miomas *sesiles* o *intramurales* del cuerpo uterino, se hace la miomectomía por enucleación (fig. 1). Se efectúa incisión longitudinal o en rombo sobre el mioma y se profundiza hasta encontrar el plano de clivaje, efectuándose entonces la enucleación a dedo o con instrumento rombo.

La abertura de la cavidad endometrial, actualmente no sólo no es temida, sino que se hace frecuentemente en forma deliberada para inspeccionar la mucosa y descubrir eventuales procesos patológicos benignos o malignos. También puede hacerse para extirpar a través de ella, algún nódulo submucoso de la cara contraria a la empleada en la incisión. Por otra parte, se preconiza en nuestro Servicio, que el cierre de la cavidad sea parcial, para que eventualmente por allí drenen colecciones serosas o hemáticas.

En las miomectomías múltiples, se debe extirpar la mayor cantidad de nódulos con un mínimo de incisiones.

La asepsia debe ser extrema y se tratará de no dejar espacios muertos. La hemostasis será prolija para evitar hemorragias o hematomas. Los gruesos vasos se ligarán en forma aisla-

da. La sutura del lecho se hará en dos o tres planos: submucoso sin incluir mucosa, intraparietal de puntos separados o en equis y un tercer plano invaginante mioseroso.

Si en algún caso la peritonización es defectuosa, puede hacerse mejor rebatiendo el peritoneo vésicouterino sobre las suturas a la manera de Pestaloza. Otro recurso es fijar el alerón del ligamento redondo sobre las suturas o fijar sobre ellas un trozo de epiplón.



Fig. 1.

La miomectomía de nódulo incluido en el ligamento ancho, significa gran peligro para vasos pélvicos y sobre todo para el uréter, por lo que se debe seguir una técnica especial. Se abordarán por la hoja anterior del ligamento ancho, seccionando el ligamento redondo. Se buscará bien el plano de clivaje y el decolamiento será cuidadoso, usando pequeña gasa montada o el dedo o instrumento romo, pero nunca seccionando tejidos. El uréter queda pegado a la hoja posterior del ligamento ancho y desplazado hacia afuera. Traccionando el tumor, queda finalmente el nódulo unido al útero por su pedículo que se liga y se secciona. Asegurada la hemostasis, se cierra la brecha del ligamento ancho.

La *miomectomía de nódulo de cuello o istmo* a crecimiento superior, anterior o posterior, exige separar bien la vejiga y el uréter si es anterior y el recto si es posterior; se trabajará dentro de la cápsula y se procederá según técnica ya dicha.

Las *complicaciones postoperatorias* de las miomectomías las dividiremos en inmediatas y alejadas. Las *inmediatas* más frecuentes es la fiebre y más raro, la flebitis y la oclusión intestinal. La mortalidad es del 1 % o menos, comparable por lo tanto a la de la histerectomía. Las complicaciones *alejadas* más frecuentes son las recidivas, que es el inconveniente más serio que tiene esta intervención y que debe ser advertido previamente a los familiares. Los porcentajes de recidivas son muy variables: 2,5 % (Mayo) a 13 % (Lardaro). Entre nosotros está entre estas cifras. Las recidivas son tanto más frecuentes cuanto mayor es el número de nódulos extirpados y cuanto más joven es la enferma. El 6 % de las recidivas ha necesitado una histerectomía posterior (Lardaro). Otras complicaciones alejadas, pero raras, son la endometriosis y la oclusión intestinal tardía.

Porvenir obstétrico de las miomectomizadas.— El porcentaje de las operadas que lograron un embarazo es variable: así Cotte da 30 %, Bonney da 38 %, Rubin el 53 % y, entre nosotros, Belloso da 30 %.

De estos embarazos, lograron un hijo ya espontáneamente o quirúrgicamente el 77 % de los casos para Gori y el 63 % para Lardaro.

Vemos pues que una vez logrado el embarazo, la proporción de las que llegan a término es sólo algo menor que en las mujeres normales.

Histerectomía fúndica de Borrás (fig. 2).— Está indicada en los miomas que toman todo el fondo uterino, por lo que no es posible la miomectomía. Se trata, como ya sabemos, de indicarla por debajo de los 40 años. Se hace bloqueo y se traza un rombo ánteroposterior efectuándose la histerectomía parcial y si es necesario, miometrectomía. *No se tocan las trompas* que se presentan coloreadas por el azul de metileno y con su irrigación intacta. Se sutura en tres planos como ya fue descrito. Según la extensión de la resección, queda una buena cavidad y la gestación es posible. A menudo se asocia esta operación a salpingectomía o anexectomía unilateral, resección parcial de ovario, liberación de adherencias, Doleris y apendicectomía profiláctica.

Si la necesidad requiere la extirpación de los cuernos uterinos, hacer la neoimplantación tubaria. Se enviará la pieza a examen anatomopatológico.

En el postoperatorio de esta cirugía gestoconservadora, además de los cuidados de rutina haremos levantamiento precoz y antibióticos para evitar las complicaciones venosas. A los pocos días (2 a 10 días) de la operación, está indicada la insuflación tubaria, para mantener la permeabilidad de los oviductos.

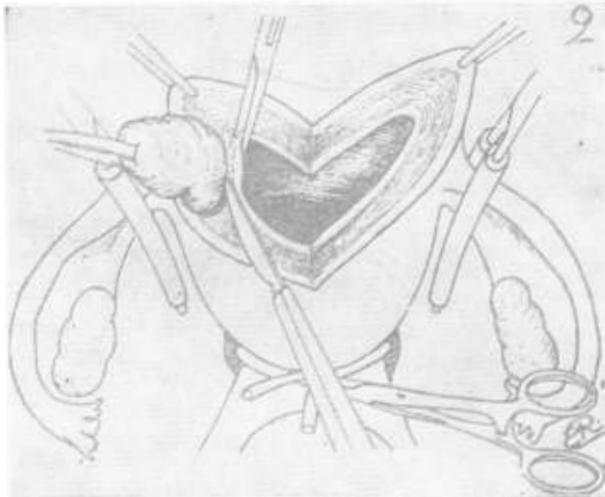


Fig. 2.

CONDUCTA PARA CONSERVACION DE LA FUNCION MENSTRUAL

Cuando no es posible conservar todas las funciones, hay que tratar de mantener la función menstrual por el valor de la mucosa uterina como órgano de la secreción ovárica. En lo psíquico, la persistencia de la menstruación en el postoperatorio convence a la mujer de que posee ovarios funcionantes en forma correcta, lo que es difícil que sea aceptado si no hay pérdidas cíclicas.

Veremos sucesivamente las distintas técnicas que cumplen este objetivo. La preparación de la enferma y la del campo operatorio, son análogos a lo ya visto.

HISTERECTOMIAS FUNDICAS

1) *Técnica de Lecene.*—Indicada sobre todo cuando hay miomatosis del fondo uterino que no se puede sacar aisladamente

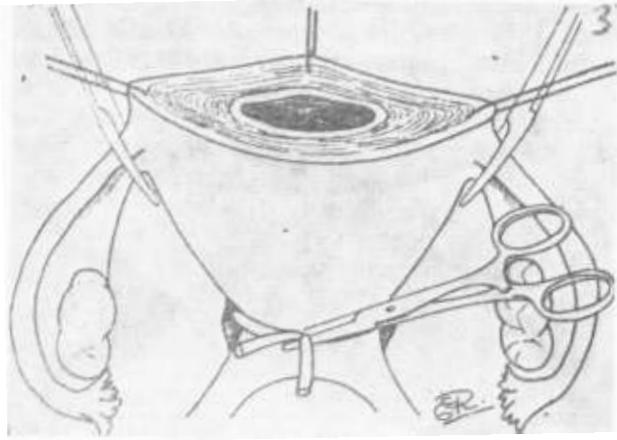


Fig. 3.

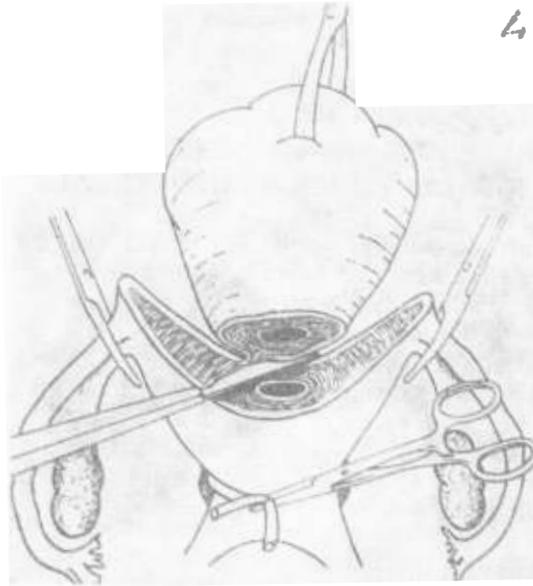


Fig. 4.

y coexiste con lesiones anexiales uni o bilaterales. Consiste en resección del fondo uterino y trompas, respetando el ovario más sano.

2) *Técnica de Aschner* (fig. 3).— Está indicada en los micomas subserosos intersticiales o submucosos que afinquen solamente en el fondo uterino. Se trata de la resección del fondo uterino con incisión transversal de un cuerno a otro. El útero se reconstituye en tres planos. La gestación aunque muy rara es posible porque se respetan las trompas.

3) *Técnica de Passeron* (fig. 4).— Está indicada cuando los miomas, además del fondo invaden la parte alta del cuerpo. Se extrae en cuña el fondo y parte alta del cuerpo uterino. Como la cavidad endometrial que queda es reducida, la gestación es muy problemática, pero se asegura la función menstrual.

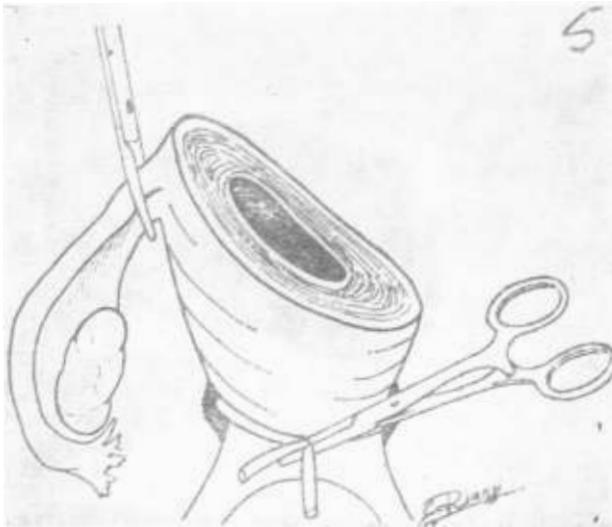


Fig. 5.

AMPUTACIONES PARCIALES DEL CUERPO UTERINO

1) *Técnica de Risolía*.— La variedad en U de Risolía es un tipo Passerón más amplio y respetando dos alerones del cuerpo uterino y ambos anexos.

Risolía efectúa varios tipos de amputaciones atípicas (fig. 5) de las cuales la histerectomía a eje oblicuo es la más caracte-

rística y deja un anexo sano unido al útero restante que queda con una cavidad asimétrica que asegura la función menstrual y muy eventualmente la gestación, como sucedió en un caso en nuestro Servicio.

2) *Operación de C. Cirio* (fig. 6).—Consiste en la llamada miometrectomía, que está indicada por encima de los 35 años y que deja pequeña cavidad endometrial que asegura la menstruación. Se ligan las trompas y los ligamentos redondos y luego se ligan y seccionan las uterinas un poco más abajo de la

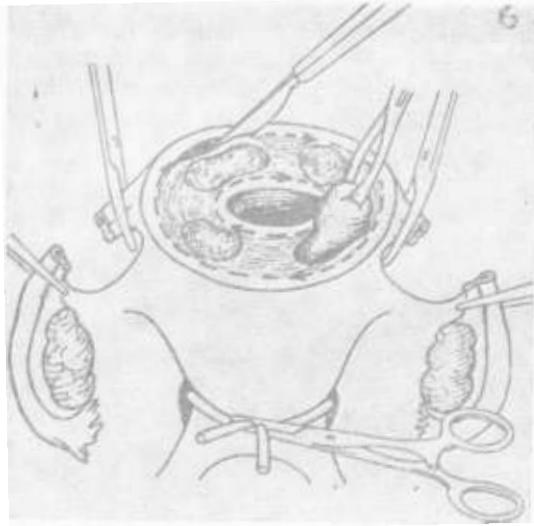


Fig. 6.

futura seccion corporal. Se secciona entonces el cuerpo en su parte media. Luego se hace el vaciamiento miometrial de la porción restante. Quedan entonces dos cilindros concéntricos: uno mioendometrial y otro externo mioseroso. Se hace un plano miomucoso a puntos separados sin que sea totalmente oclusivo por razones ya conocidas. Luego, plano mioseroso a puntos separados y se incluye en sus extremos los pedículos uteroováricos y tubarios.

La miometrectomía puede ser una operación típica o un tiempo intercalado en histerectomías parciales, como hace Borrás en su técnica de histerectomía fúndica.

3) *Operación de López Monti*.—Es una combinación de la histerectomía fúndica de Passerón con la miometrectomía. Se

hace incisión análoga a la de Passerón, pero se va resecaando miometrio de los dos colgajos verticales y luego se hace miometrectomía en el muñón central restante. Cierre en tres planos y peritonización. Deja menstruación y los anexos bien irrigados.

4) *Operación de Lucas Molina.*— La incisión es en U como en el Passerón. Luego hace miometrectomía sobre los alerones uterinos laterales y sobre el muñón central. Sutura en tres planos y peritonización.

HISTERECTOMIA SUPRAISTMICA

Está indicada en mujeres de menos de 40 años con miomas múltiples que toman casi todo el cuerpo uterino. Consiste en que luego de ligados los pedículos internos de los alerones y la arteria uterina algo por encima del istmo, se secciona el útero a 1 cm. o 2 cm. por encima del istmo. Cierre en tres planos y peritonización a lo Pestalozza. En tres casos nuestros de esta operación, la enferma ha tenido oligomenorrea o amenorreas cortas que cedieron a la hormonoterapia.

HISTERECTOMIAS RADICALES CON INJERTO DE ENDOMETRIO O ABOCAMIENTO DE TROMPAS

1) *El injerto de endometrio.*— Está indicado en la miomatosis uterina que toma todo el cuerpo uterino, en mujeres por debajo de los 45 años, con ovarios sanos y bien irrigados a la que se hace histerectomía subtotal.

Puede tratarse de un injerto libre o pediculado.

En el primer caso se coloca un buen trozo de endometrio del fondo uterino, preferentemente con algo de miometrio en muñón cervical, tratando de que el epitelio mire hacia la luz del canal. Luego se sutura por encima.

El injerto pediculado (fig. 7) es el preferido en nuestro Servicio. Para efectuar se labra durante la histerectomía subtotal un trozo de endometrio de 2 cm. de ancho por 3 cm. de largo de la cara más adecuada, que queda unido al cuello uterino. Se le saca a dicho trozo, el miometrio en exceso, pero dejándole parte de él. Se dilata el canal cervical hasta la bujía número 12, se introduce en él el extremo libre del injerto; se cierra la brecha y se peritoniza.

En cuanto a los resultados, Borrás informa que ninguna de sus enfermas pasó de los dos años sin presentar signos de menopausia. Belloso, entre nosotros, ha presentado 23 casos de injerto de endometrio, en algunos de los cuales se mantuvo la pérdida menstrual por cuatro o cinco años. En cuanto a las complicaciones por el injerto, se han visto leucorreas o hidroreas que provocan vaginitis y a veces dolores. Borrás señala algún caso de endometritis de injerto.

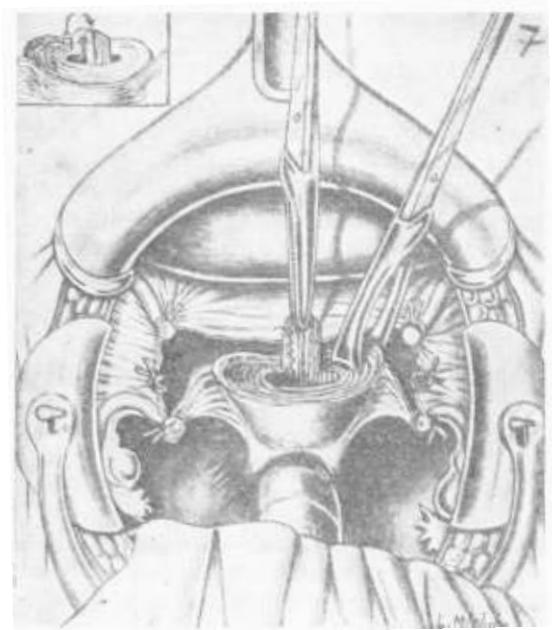


Fig. 7.

2) *La neoimplantación tubaria.*— Se indica cuando se efectúa histerectomía subtotal o total, por debajo de los 45 años. Se trata de abocar las extremidades libres de las trompas al canal cervical o a la vagina. Se ha podido observar a veces pequeñas menstruaciones que aunque mínimas mantienen el equilibrio endocrino y psíquico de la paciente en forma sorprendente (Grille Cendán).

Estas pérdidas serían debidas a pequeños focos de endometriosis tubaria, frecuentes en las miomatosis, que bajo la influencia ovárica, darían pérdidas periódicas.

Los cuidados intraoperatorios y postoperatorios de esta cirugía menoconservadora, son similares a los vistos para la cirugía gestoconservadora. Las piezas serán enviadas en forma sistemática al anatomopatólogo.

NUESTROS DATOS ESTADISTICOS

A continuación, un breve comentario sobre la estadística de miomatosis uterina del Departamento de Ginecología de la Clínica Ginecotológica que dirige el Prof. Manuel B. Rodríguez López, realizada por Barthe y Viera.

MIOMATOSIS UTERINA

Estudio estadístico comparativo

| | Período 1946-1951 | Período 1952-1960 |
|---|----------------------|----------------------|
| Ingresos en Ginecología | 7.200 | 11.553 |
| Operaciones | 1.972 | 4.793 |
| % operaciones relacionadas a ingresos . | 27,30 % | 41,48 % |
| Miomatosis operadas | 343 | 590 |
| % miomatosis relacionadas a operaciones | 17,31 % | 12,31 % |
| H. total con anex. bilat. | 66 (19,24 %) | 140 (23,73 %) |
| H. total sin anex. o anex. parcial . . . | 16 (4,63 %) | 69 (11,68 %) |
| H. subtotal con anex. bilat. | 93 (27,11 %) | 73 (12,37 %) |
| H. subtotal sin anex. o anex. parcial . . | 60 (17,52 %) | 130 (22,03 %) |
| H. subtotal con injerto | 7 (2,04 %) | 5 (0,85 %) |
| II. fúndicas | 18 (5,24 %) | 92 (15,59 %) |
| (miomectomías: 19 obs.) | | |
| (miometrectomías: 20 obs.) | | |
| Miomectomías sin anex. | 62 (18,36 %) | 71 (12,03 %) |
| Miomectomías con anex. parciales | 17 (4,95 %) | 10 (1,69 %) |
| H. parciales sin anex. | 3 (0,72 %) | |
| Cirugía conservadora | 184 (53,65 %) | 377 (63,89 %) |

En ella se muestran los resultados en dos períodos: uno desde el año 1946 a 1951 y otra etapa desde el año 1952 a 1960.

Se ve cómo prima el tratamiento médico sobre el quirúrgico. El porcentaje de miomatosis operada ha disminuido, pues se ha aumentado el número de operaciones por otras causas. La cirugía conservadora ha aumentado notablemente (63 %),

aunque ya era alta en el primer período. Dentro de ella los porcentajes más elevados corresponden a las histerectomías fúndicas con miomectomías o miometrectomías y a las miomectomías.

Esta elevación ha sido a expensas de la histerectomía subtotal con anexectomía bilateral.

Las histerectomías totales han aumentado, evidenciando el criterio actual de ampliar la cirugía radical.

CONCLUSIONES

1) La cirugía conservadora uterina exige un prolijo estudio clínico y auxiliar de la pareja.

2) Se planteará, en primer lugar, la cirugía gestoconservadora. La miomectomía es la elección en estos casos.

Si sólo es posible la cirugía menos conservadora, se efectuarán histerectomías o amputaciones parciales con diversas variantes adaptables a cada caso.

4) Si es imperativa la cirugía radical uterina, se plantea el injerto de endometrio y la neoimplantación tubaria.