

## CONDUCTA PROFILACTICA DE LA PATOLOGIA DEL MUÑÓN CERVICAL RESIDUAL

*Dr. EDUARDO C. GORTARI*

Cuando la conducta terapéutica indicada es la extirpación del útero afectado por un proceso patológico benigno, dos tácticas se plantean para llevar a cabo la intervención: la panhisterectomía o histerectomía total y la histerectomía supravaginal, llamada subtotal.

Se puede decir que el progreso de la técnica quirúrgica en general, permite hacer actualmente la extirpación total del útero, por vía abdominal, en la gran mayoría de los casos, sin someter a la enferma a un exceso de riesgos.

Pero hay oportunidades en las que está indicada una conducta conservadora; o la enferma se encuentra en precarias condiciones, previa y permanentemente o accidentalmente por el acto operatorio; o porque surgen insuperables dificultades técnicas, que obligan a efectuar una cirugía limitada a la histerectomía subtotal.

En esta oportunidad, el cirujano crea con el acto quirúrgico, una entidad que plantea un problema cuya consideración es el objeto de esta ponencia.

El cuello uterino residual, llamado también muñón cervical restante, es un órgano carente de función específica, abandonado en la pelvis de una mujer habitualmente mayor de 35 años. Tiene posibilidades de ser asiento de una serie de procesos patológicos, que en primera etapa dividiremos en benignos y malignos.

Con fines enumerativos, encontramos entre los primeros, los procesos inflamatorios crónicos, los tumorales benignos (poliposis y miomatosis), los hemorrágicos para menopáusicos, los dolorosos por celulitis pericervical y el prolapso del muñón.

Entre los segundos, está el cáncer epitelial del muñón. Puede nacer en el canal cervical, es el cáncer glanduliforme o cilíndrico, en la zona de transición o en la porción ectocervical, es el epiteloma malpighiano.

Puede presentarse en cualquiera de sus estadios evolutivos, desde el estadio 0 o intraepitelial hasta el estadio IV.

Pero el progreso de la investigación cancerológica ha sumado un capítulo de considerable importancia, es el conjunto de lesiones denominadas precancerosas, o displásicas o canceroclinas, de cuyo debido análisis se trató en la primera ponencia de esta Mesa Redonda.

La ocurrencia de los dos últimos tipos de procesos, encierra una gravedad que no es necesario destacar.

Hagamos ahora una puntualización referente a la coincidencia temporal de estas lesiones y la cirugía incompleta en la histerectomía, o la aparición posterior luego de un intervalo prolongado.

Los procesos malignos coincidentes e ignorados, abonan en favor de un insuficiente estudio preoperatorio de la enferma. Los que son descubiertos muy posteriormente presentan algunos aspectos a analizar.

Debemos saber que las lesiones precancerosas evolucionan muy lentamente, en un tiempo de seis a diez años, hacia la auténtica malignidad. El epiteloma auténtico, cumple sus etapas de extensión con ritmo variable, dentro de plazos que oscilan entre los tres y diez años antes de ser clínicamente detectables.

Estos hechos hacen que sea bastante difícil, analizando las cifras estadísticas, la distinción entre el cáncer coincidente y el cáncer "verdadero" del muñón restante, cuando no hay un estudio previo y especializado en la pesquisa tumoral.

Si nos atenemos al criterio sancionado por el 1<sup>er</sup>. Congreso Latino Americano de Cancerología de Buenos Aires, en 1959, se considera cáncer "verdadero" del muñón, aquel que se evidencia luego de dos años de realizada la histerectomía subtotal.

El estudio de las cifras publicadas mundialmente, y recogidas por Rodolfo Pecorone en su medular análisis, muestra que la mayor frecuencia estadística aparece a los diez años, con un 26,7 % en la cancerización del muñón. En cambio el cáncer coincidente oscila entre el 0,7 y el 3,3 %.

Cuando se busca la incidencia de malignización, hay un factor que induce al error de apreciación. Los cirujanos que se ocupan del problema, establecen las proporciones de cánceres del muñón observados, en relación con el número de histerectomías subtotales practicadas, y de ahí extraen sus conclusiones; pero debemos tener en cuenta que, salvo distinguidas excepciones, los procesos malignos verdaderos que tienen oportunidad de observar, se refieren a enfermas intervenidas en épocas bastante alejadas, en las que las directivas no eran las actuales, es decir, menos "totalistas", de donde sale una vinculación artificial: la malignización actual o reciente, referida a un criterio moderno sobre la histerectomía. Dicho en otras palabras,

encuentran una exagerada cantidad de cánceres del muñon para una mínima cantidad de histerectomías subtotales practicadas.

Los términos de esta relación, al ser comparados, pueden llegar a una exageración considerable, y están tan alejados de la realidad que no deben ser considerados como pauta para plantear una táctica quirúrgica.

Las cifras estadísticas más serias muestran que la cancerización del muñón está en el mismo orden que la aparición del epiteloma del cervix en las no histerectomizadas y oscila entre el 1 y 2 % de las mujeres. La histerectomía subtotal no predispone al cáncer, pero aumenta el porcentaje de mujeres con posibilidad de padecerlo.

La incidencia del cáncer coincidente, varía con el avance técnico-profiláctico del estudio preoperatorio del cuello. Habitualmente bajo en los centros con rutina anticancerosa, se eleva de 0,7 % a 3,3 % en los centros donde no se practica la disciplina ginecológica sistemática.

Junto a este concepto, debemos admitir que la cirugía incompleta tiene poderosas razones que la indican, en su mayoría técnicas, accidentales o previas, por lo que debemos valorar los índices de morbilidad y mortalidad vinculados a las dos formas de histerectomía.

Una cirugía supravaginal consciente y meditada, elimina ciertamente muchos de los factores que agravan el pronóstico quirúrgico.

Seguramente hay más enfermas "salvadas" por una conducta prudente cuando está realmente indicada, que las que se han perdido por la aparición del cáncer "tardío" del muñón en esa misma serie.

Cabe entonces sacar en conclusión, que aquellos casos en que por las circunstancias ya planteadas, es aconsejable o imperativo hacer histerectomía subtotal, el claro concepto de la patología del muñón cervical restante, especialmente la aparición del cáncer, obliga al cirujano a tomar precauciones conducentes a evitar la aparición de dichos procesos.

¿Cuál es la conducta recomendable?

En primer lugar, el estudio preoperatorio del cuello, buscando lesiones benignas, pero de carácter irritativo crónico, canceroclinas como la displasia o francamente malignas, apelando a las técnicas de colpocitología y colposcopia sistemáticas y la biopsia dirigida repetida.

Este estudio tiene a nuestro entender una importancia fundamental, por cuanto que el hallazgo de un proceso maligno, quita importancia al benigno originario de la propuesta intervención y cambia radicalmente la conducta terapéutica en calidad y extensión.

En segundo lugar, ante una histerectomía subtotal de elección o de necesidad, es aconsejable recurrir a aquellas técnicas que nos permiten agregar, sea en el mismo tiempo operatorio o "a posteriori", un complemento que ofrezca garantías de eliminación del riesgo de malignización.

Este complemento puede ser: la extirpación del canal cervical y zona adyacente al orificio externo, practicando una conización invertida del muñón desde la cavidad abdominal, o la electroconización amplia del cervix por vía vaginal, controlando bajo la vista, la zona del cuello que es frecuente asiento de procesos de reparación irregular de las cervicitis y sus secuelas.

En tercer lugar, si nos encontramos con una enferma portadora de un muñón restante, ya sea normal o patológico, debe preconizarse la "totalización" del mismo, es decir, su amputación por vía abdominal o vaginal, si no median razones contraindicaciones. En ese caso se aconseja la amplia electroconización.

Por último, debemos tener presente, que las técnicas modernas de histerectomía, como la de "decorticación del cuello" desarrollada en el Río de la Plata por Tejerina Fotheringham, desde 1941, hacen una intervención técnicamente impecable, segura, fácil y tácticamente correcta desde el punto de vista profiláctico. En ausencia de contraindicaciones absolutas debe ser la operación de elección, como se predica en la Cátedra de de Ginecología y sus Clínicas.

Para terminar, diremos que el muñón cervical enfermo, es un injusto precio pagado por la enferma, a la vez que una pesada responsabilidad que el cirujano carga por ignorancia o por descuido.