

CONDUCTA EN LAS HISTERECTOMIAS POR PROCESOS BENIGNOS

Discusión

Dr. C. A. JAUMANDREU. Solamente se plantearon dos preguntas por el Dr. Anibal Manfredi, relativas a problemas que se le han presentado en histerectomías practicadas por él.

Primer caso: señora de 52 años. Miomatosis uterina difusa con cuello con cervicitis crónica. Se le hizo histerectomía total; a los tres meses hizo una piuria, y vista por urólogo se comprobó que era debida a una ptosis vesical posthisterectomía. Curó con cloramfenicol.

Pregunta: ¿debe fijarse la vejiga en las histerectomías?

Dr. A. GIAMPIETRO. En este caso habría que saber si el prolapso vesical existía antes de la operación. A nuestro juicio la operación no tiene nada que ver con ese prolapso. Si una enferma va a ser operada de una histerectomía total y hay un prolapso, y el prolapso es de consideración, creo que conviene resolver el problema por vía vaginal y no por vía abdominal.

En caso de resolverlo por vía abdominal, si no se puede ir por debajo, entonces hacer la corrección del prolapso antes. No creo que la complicación de la piuria se deba a la histerectomía. A nuestro juicio, la histerectomía en ese caso no tiene ninguna responsabilidad.

Dr. C. A. JAUMANDREU.—Creo que la contestación del Dr. Giampietro se refería exclusivamente al caso planteado. A pesar de que hay algunas situaciones de histerectomías por vía abdominal en las que ya se conoce que hay un pequeño descenso. En este caso se plantea lo que preguntaba el Dr. Manfredi, de fijación de la vejiga; no tanto la fijación de la vejiga, sino la discreta elevación de la base vesical, a expensas de la disección de la fascia véscicocervical, que a veces está engrosada; se disecciona, se tracciona hacia arriba y se fija esa fascia al muñón vaginal.

Es decir, que esa fascia véscicouterina, que se inserta en el borde posterior de la base vesical, sirve como elemento de tracción y elevación de la base vesical, pero que es un elemento no totalmente satisfactorio para la elevación de los grandes descensos en situaciones de prolapso vesical que, como dijo el Prof. Giampietro, tienen que abordarse en un tiempo previo.

Segunda pregunta del Dr. Manfredi: "señora de 43 años; miomatosis uterina enorme; cuello uterino sano. Histerectomía subtotal. A los varios meses

hizo flujo rebelde. La enviamos a Montevideo, y estudiada con colpocitología, colposcopia, etc., hubo dos opiniones: hacer conización de cuello, una opinión; y hacer tratamiento médico, otra opinión.

"Se efectuó tratamiento médico y curó con él. En este caso se aclara que no había lesiones cervicíticas, que era un cuello sano. ¿Se debió sacar el cuello en esta situación?"

Dr. E. C. GORTARI.—Siendo la primera intervención subtotal, nosotros consideramos que, salvo que hayan existido dificultades técnicas insalvables, no existiendo otra indicación conservadora, la intervención debe hacerse total.

Planteado el caso de una enferma que fue intervenida y se le hizo una histerectomía subtotal, con un cuello aparentemente sano, porque desde el momento que tiene una leucorrea no es un cuello sano, es decir, estamos en presencia de una enferma con un cuello patológico; planteado correctamente el estudio como se hizo de esa leucorrea, nosotros consideramos que se debe efectuar la extirpación de ese muñón cervical, o en su defecto hacer una amplia conización, entendiéndose por amplia conización la extirpación de todo el canal epitelial del cuello y toda la zona adyacente al orificio.

Esa es la conducta que preconizamos.

Dr. C. A. JAUMANDREU.—No habiendo más preguntas formuladas, se pasa a la discusión general. Dispondrá, como máximo, dos minutos por vez para cada congresista que desee hacer uso de la palabra.

Dr. M. RODRIGUEZ LOPEZ.—No puede pasar esta reunión, realizada en el Congreso Uruguayo de Cirugía, sin que las Cátedras o las Clínicas feliciten a la Mesa del Congreso por haber elegido un tema tan interesante; así como al Coordinador por haber realizado una ecuación de los distintos capítulos más importantes, y haber tenido tanta justeza en la elección de los candidatos que hicieron las diferentes exposiciones.

Felicitemos, pues, a los ponentes de este tema; y decimos que todo esto tiene que moverse dentro del campo de la cirugía general, para aportar a los cirujanos generales que participan en estos Congresos los conceptos más especializados que tienen los que se dedican a estas disciplinas.

Dr. J. J. CROTTIGINI.—También yo quiero decir dos palabras sobre lo que hemos escuchado en esta reunión.

Y teniendo en cuenta que hay muchos cirujanos que han venido del interior del país, quería recordar que en el estudio del cuello, en úteros con lesiones benignas, que van a ser tributarios de una cirugía de exéresis, de la histerectomía, hay que pensar que todavía hoy el porcentaje de carcinomas estadio I que vemos es de un 17,5%. Es decir, que de 100 carcinomas, vemos 17 $\frac{1}{2}$ que son estadio I.

Hace más de treinta y cinco años, la primera estadística nacional del Prof. Pouey, daba un 13%; es decir, que de 100 carcinomas, 13 eran estadio I. Ha transcurrido más de un tercio de siglo, y si antes, de 10 mujeres,

1,3 tenía estadio I. y hoy 1,7 solamente, estamos en un evidente retroceso, comparativamente a los diagnósticos de otra naturaleza.

Esto significa que la lucha anticancerosa en nuestro país, que fue muy bien planeada a pesar de ser la primera en toda Latinoamérica, y que data ya de hace casi cincuenta años, ha sido y es un rotundo fracaso. Porque siendo el cáncer de útero el que mata más mujeres; siendo el cáncer de cuello de una solución tan difícil, esas cifras estadísticas demuestran el fracaso rotundo, vuelvo a repetir, de toda la lucha basada en propaganda, en educación, en conferencias, etc. Eso no basta. Y hay que buscar alguna otra manera. Todos los ginecólogos saben que desde hace años que nosotros hemos insistido y hemos propuesto aquí y en otros países, la necesidad de hacer obligatorio, por ley, el examen de las mujeres después de los 40 años. Inclusive podría hacerse antes de los 40 años. Y buscar así, por algún procedimiento, de no pagar sueldos a las funcionarias públicas, de no pagar pensiones, jubilaciones, de no permitir viajes, a quien no tuviera su carnet expedido por un ginecólogo. Y éste podría ser un ginecólogo del medio hospitalario, del medio mutual, de una Caja de Asignaciones, o del ambiente privado.

Las cifras son tremendas; y la diferencia que va de hacer una electrocoagulación o una conización, que hace un médico recién recibido, y hacer una cirugía superampliada con todas sus dificultades, siendo que lo primero cura el 100 % de un carcinoma "in situ", y el segundo cura en cifras expuestas por Kottmeir que recoge en un "report" anual mundial los cánceres del cuello y del útero, con sobrevida después de cinco años, un 46 % de mujeres (cirugía y radiaciones).

De modo que es una tremenda enfermedad. Y nuestro país, que es plano, en el cual en pocas horas se puede llegar a un ambiente donde se hagan bien las cosas, que está lleno de facilidades, debía ser un ejemplo en estas cosas. Yo no pierdo la oportunidad de repetir estos conceptos. Cada semestre trato de hacer pensar a los estudiantes en estas cosas, y esta es una nueva oportunidad a propósito del problema del cuello.

En cuanto a la técnica, y también dirigiéndome a los cirujanos generales, fundamentalmente, desde luego que estamos de acuerdo y hace tiempo que hemos implantado en la Clínica el criterio de que hay que hacer histerectomía total y no subtotal. Esto es algo ya bastante conocido. Pero hay que reconocer que en muchas oportunidades es difícil y a veces es imposible hacer una histerectomía total. Entonces el cirujano general debe saber que el problema de hacer una histerectomía total está en extirpar no todo el cuello; lo que interesa es la mucosa del cuello. porque lo que puede pasar después es una cervicitis que tiene en el epitelio de revestimiento o en el epitelio glandular su foco, o un carcinoma. que tiene ese mismo epitelio en su origen, ya que el sarcoma de cuello es raro.

De modo que hay una manera durante la operación, que es vaciando la mucosa de arriba abajo, y si no, otra cosa más sencilla. si la anestesia no anda bien, si se trata de una mujer muy obesa, si no se está bien instrumentado. no se está bien ayudado, cosa que sucede, que es una realidad. y es hacer una subtotal, y antes de dar el alta a la enferma, se le dilata el cuello y se le hace una buena electrocoagulación; se le destruye toda la mu-

cosa. Y esa mujer queda prácticamente sin cuello. Yo he tenido oportunidad de presenciar operaciones por tuberculosis por ejemplo, con una pelvis toda bloqueada, y el cirujano deseoso de todos modos de hacer una total. No hay por qué; hace una subtotal y después electrocoagula el cuello.

Si hay una endometriosis muy adherida, muy "pegada", no es necesario estar arriesgando fistulizaciones y demás; puede dejar el cuello, pero a condición de destruirlo después. Esto es algo práctico.

Aquí no ha sido dicho, pero últimamente hemos visto varios casos de carcinoma de muñón. Y si no se ha dicho fue porque las cosas se han planteado fragmentariamente; nada más que por eso. Pero en estos casos la historia clínica es siempre la misma. Es un útero miomatoso, al que se le hace la histerectomía subtotal. Y luego viene a la clínica con un cáncer. Casi siempre son enfermas que han sido mal estudiadas previamente.

En otros lados no se puede disponer de colposcopio, etc.; pero sí se debe observar bien el cuello, y en todo caso hacer amplias biopsias o electroconizaciones.

Otra cosa en la que hay que insistir, y este es un lugar adecuado y estratégico para decirlo, es que habría que tratar de que los laboratoristas que trabajan en los hospitales del interior vinieran por pocos días, rotándose, a nuestras clínicas para trabajar con nuestros laboratoristas que hacen colpocitología. La colpocitología es extraordinariamente fácil en la parte hormonal. Esto puede ser de una gran ayuda. Y también en lo oncológico cuando es bien claro. Y por lo menos clasificar los casos dudosos. Y cualquier persona que en su trabajo diario hace cosas más difíciles que esas, viene aquí, se capacita por lo menos para los casos sospechosos, y luego envía las láminas en que tenga dificultad, para consultar. Ese sería un inmenso progreso que habría que tratar de que quedara adquirido.

Hace más de quince años nosotros habíamos hecho un trabajo en ese sentido, con dibujos, etc., y enviamos a todos los médicos del interior, para que se hiciera colpocitología. No recibimos ninguna contestación. A veces uno dice que no se recibió ninguna contestación, y en realidad se recibieron dos o tres; bueno, en este caso no recibimos ninguna.

Esto tiene importancia porque se trata de algo perfectamente practicable; es baratísimo y de gran utilidad.

De esta manera ningún cirujano va a dejar un cuello en el que casi siempre ya está el neoplasma; y si no está, ya es una lesión precancerosa; generalmente cuando se opera, es por mioma. Es una de las cosas más dramáticas que tenemos que ver cuando una mujer ha sido operada de una miomatosis uterina y viene poco tiempo después con un cáncer de cuello.

O como pasa en los servicios de cirugía general. Mujeres que son operadas de una litiasis vesicular y un tiempo después vienen con un carcinoma de cuello. En este momento, en la Clínica tenemos un caso.

Yo quería aprovechar el momento en que se están tratando estos problemas de histerectomía en los procesos benignos, para poner énfasis en que estamos muy demorados en el problema de disminuir el número de casos de cáncer de cuello uterino muy avanzados; o al revés, de aumentar el número de casos más o menos precoces.

Y si desde el punto de vista de la investigación, todo lo que sea profundizar con colposcopio, con colposmicroscopio y demás, hay que estimularlo; desde un punto de vista práctico todavía podíamos conformarnos con que se miraran bien los cuellos de útero, el médico sentado, con una buena luz, tocando el cuello, viendo si sangra o no. Con eso estaríamos bastante bien, porque no nos llegarían los neoplasmas tan avanzados.

Nada más.

Dr. F. GOMEZ GOTUZZO.—Voy a plantear ahora una pregunta. Nosotros operamos una enferma de 64 años con metrorragias, a quien se le había hecho un legrado que fue informado como normal en febrero de 1962.

Pero a los pocos meses la señora volvió a tener pequeñas gotas, digamos, de sangre. Entonces le propusimos la histerectomía. Cuando la fuimos a realizar tuvimos dificultades y no la hicimos. Agrego que además creíamos que íbamos a intervenir una le íón benigna. Hicimos la histerectomía subtotal, y luego totalizada, resecaando la muosa del cuello lo más que pudimos.

Hicimos entonces examen anatomopatológico; el informe fue epitelioma del fondo uterino, muy chico. En vista de eso hicimos una consulta a un ginecólogo.

Y ahora hacemos la pregunta: era una enferma que podía ser reoperada; tenía pequeños trastornos cardiovasculares que no contraindicaban una reintervención si era necesaria. El informe, repito, era un carcinoma que apenas infiltraba el endometrio, prácticamente localizado en la mucosa.

Pregunto: ¿qué correspondería hacer?

Dr. C. A. JAUMANDREU.—La pregunta no ha sido formulada en el tiempo debido, pero dado que es un caso complejo, pedimos que sea contestada por aquellos congresistas que quieran opinar al respecto.

Dr. M. RODRIGUEZ LOPEZ.—Es lógico pensar, en principio, que entre los dos raspados, o sea entre febrero y octubre, el neoplasma estaba allí. Esta es la primera cosa importante. Hay allí una omisión al haber raspado el fondo, y se trató de un raspado mal hecho.

Segundo problema: siempre desde el punto de vista axiomático, en un acto operatorio en el que se quiere hacer histerectomía por un elemento benigno, nosotros hacemos sistemáticamente la abertura de la pieza en el campo operatorio, y si nos encontramos con un proceso maligno, complementamos antes de cerrar el vientre, lógicamente, con una anexectomía bilateral y complementamos después, en último término, a los treinta o cuarenta días, con una colocación de radio intravaginal.

Pero en este caso concreto, en que se hace la operación, se cierra el vientre y aparece el análisis histopatológico positivo. Después, hay dos caminos. Uno, que es el correcto; si el impacto operatorio es capaz de ser soportado por la enferma, hay que reintervenir, hacer la anexectomía y complementar después con actinoterapia o curieterapia.

En el caso de que la enferma no pudiera resistir el impacto operatorio, queda otra solución; que el roentgenterapeuta le aplique una dosis suficiente-

mente importante en ambos anexos, con bomba de cobalto o con roentgenterapia, y secundariamente a los cuarenta días hacerle una aplicación intravaginal con radio.

Voy a agregar un complemento histórico, anecdótico, muy interesante. Hace muchos años, 1930, yo operé un gran mioma, voluminoso, a la tía de un médico prestigioso, amigo, y en aquel tiempo hice le histerectomía y envié la pieza al histopatólogo. No abrí, como hago ahora sistemáticamente, la pieza en el campo operatorio. Y cuando me dijeron que había un adenocarcinoma de fondo, del tamaño de 4 a 5 cm. de diámetro, infiltrado, cuál no sería mi sorpresa. Lógicamente aconsejé que se hiciera radioterapia, roentgenterapia; no quisieron los familiares. Le había dejado los anexos, y tampoco quisieron que se reinterviniera. Bueno; todavía la enferma vive.

Hay que pensar también que puede haber excepciones. Pero las excepciones no marcan la regla. Y además hay una cosa importante. Ya infiltrado el neoplasma de fondo, casi siempre hay ya embolizaciones.

Dr. J. A. CASTRO.—El problema que plantea el colega tiene aspectos que parecen ser muy simples. Hay un diagnóstico diferido, y nos ha dicho que la paciente tiene un coeficiente operatorio suficiente. Creo que esta paciente tiene que ser tratada como si no hubiera sido operada, como si recién se hubiera hecho el diagnóstico, lo mismo que si el diagnóstico se hubiera hecho por la biopsia. Quirúrgicamente de entrada, o roentgenterapia primero y cirugía secundariamente; histerectomía total con anexectomía, linfadenectomía o no, es un problema de preferencia o de exploración en el campo operatorio.

Pero me parece que la situación de esa paciente, es la misma situación que si se hubiera hecho recientemente el diagnóstico por un legrado; es decir, suponer que no tiene ningún tratamiento y hacer el tratamiento integral de un neoplasma del endometrio.

Dr. F. GOMEZ GOTUZZO.—Quisiera formular otra pregunta, si es que se me permite.

Cuando se desea hacer una histerectomía total, por una miomatosis en una mujer de 40 años, y por dificultades técnicas ello no es posible, ¿la conización que se aconseja es inmediatamente al acto operatorio?

Dr. J. J. CROTTIGINI.—Puede haber dos modos, dos maneras. Una puede ser en el acto operatorio, y hacer la llamada conización inversa, de arriba abajo. Esto se hace durante el acto operatorio, con bisturí común.

Otra manera, que es coagulando por la vagina y no por el vientre, se puede hacer después que se termine la intervención. Se coloca a la paciente en posición ginecológica y se le hace la electroconización. Y si no, un poco antes de darle de alta. Esto no tiene mayor importancia. Porque aunque hubiera una víscera adherida, siempre queda suficiente cuello.

No es obligatorio tampoco hacer la conización. Se puede hacer una diatermocoagulación. Porque el problema es la mucosa.

La verdad es que una cosa es la teoría que aconseja hacer histerectomía total; y otra cosa es la práctica, que hay algunos ambientes donde no hay tal material como para hacer totales y totales siempre. La evolución en nuestras propias clínicas lo prueba. Cada uno de nosotros hacía primero subtotal, y después que se va "haciendo la mano" hace cada vez más totales. Cuando revisamos las estadísticas sobre quiénes hacen subtotaes en nuestras clínicas, vemos que naturalmente son los más jóvenes.

Una cosa de extraordinaria importancia para esto, sería divulgar más la técnica de Tejerina, de Rosario. Ahí no pueden lesionar el uréter, ni la vejiga. Se secciona dentro del cuello del útero, pero extirpando la mucosa. De modo que lo que se corta es propiamente el cuello del útero. Así no se puede lastimar nada importante, sobre todo vejiga y uréter. Es una cosa realmente muy sencilla, y tendría que ser más divulgado. Es superior a poner catéteres en los uréteres, etc. Porque dentro de las técnicas también hay algunas cosas que realmente tienen jerarquía, que valen mucho por lo que es de ciencia, y hay otras que no lo son tanto. En lugar de disecar el cuello de la vejiga y separarlo bien, se hace decorticación del cuello. No se puede lastimar absolutamente nada. Y se extirpa la mucosa.

Dr. N. FERREIRA.— Quería hacer referencia a dos cosas. Ultimamente y sistemáticamente, en las histerectomías por procesos tumorales benignos, miomatosos sobre todo, lo que usamos es la técnica por decorticación. Nosotros diríamos que es la histerectomía subtotalizada, a pesar de que evidentemente dejamos un pedazo de miometrio; más que nada lo que dejamos es un pedazo de cuello, pero eliminamos toda la mucosa y lo hacemos con dos técnicas distintas. Una vez que hacemos la histerectomía subtotal, con bisturí eléctrico, por dentro del cuello, con el mismo conizador, hacemos la conización del cuello. Después lo cerramos, y generalmente no dejamos ni siquiera drenaje. Hacemos cierre del peritoneo sin drenar.

Cuando por razones técnicas, supongamos que el bisturí eléctrico no ande bien, no podemos seguir esa conducta, igual lo hacemos a bisturí simple. La ventaja del bisturí eléctrico es que la conización sangra menos y nos permite dominar aún más, si es posible, el cuello uterino.

En lo que respecta a la histerectomía en sí, habitualmente nosotros hacemos la fijación al muñón uterino, inclusive de la trompa y de los ligamentos redondos, sobre todo para evitar el prolapso del muñón. Creíamos que estando la trompa sana, se debía respetar, sobre todo cuando se deja el ovario.

Inclusive hace poco leí que había autores que se preguntaban si la trompa no tendría algún papel endocrino, y hablaban incluso de una interrelación entre la trompa, el ovario y la hipófisis. De modo que por esas razones, en los procesos benignos, preferimos evidentemente, siempre dejar el ovario, aun en el caso de que la trompa esté sana.

En relación a lo que dijera el Prof. Crottogini de la colpocitología, nosotros en Tacuarembó la hacemos, pero fundamentalmente la colpocitología hormonal. No hacemos la colpocitología tumoral porque evidentemente el mismo químico nos ha dicho que para él es demasiado responsabilidad hacer

esa colpocitología; ha estado aquí viéndola hacer, pero no se anima a informar debido a que su informe puede estar mal hecho. Por esa razón es que posiblemente nosotros prodiguemos las biopsias.

Dr. A. ACHARD.—Deseo poner el acento sobre la técnica de histerectomía por decorticación del cervix. Ya hace varios años, en otro Congreso de Cirugía, con el Prof. Rodríguez López presentamos la experiencia del Servicio con esta técnica, que la consideramos excelente y sencillísima. Diríamos que es muy poco más complicada que la histerectomía subtotal. Y esa seguridad de evitar la posible cancerización del muñón, es otro elemento positivo.

La preconizamos, pues, con entusiasmo y tenemos una gran experiencia con esta técnica. Además, se habló hace un momento del problema del prolapso en las histerectomizadas. Precisamente cuando uno utiliza esa técnica, evita este problema, porque conserva las estructuras fibroligamentosas del fondo de la pelvis, lo que tiene mucha importancia como profilaxis de estos prolapso que crean un problema difícil de resolver a posteriori.

El Dr. Rodríguez López hacía una imagen que siempre que tenemos oportunidad de hablar a los alumnos, la repetimos, diciendo que se saca el buje de la rueda de la carreta. Es decir, no se secciona a nivel de los rayos de la rueda, conservando todo el anillo que va a mantener las estructuras del fondo de la pelvis.

Era el comentario que quería hacer respecto de esta excelente técnica de Tejerina, muy sencilla por otra parte.

Dr. J. A. CASTRO.—Como el colega se ha referido al problema señalado en nuestra conversación, de tener cuidado de dejar fijado el ovario al muñón uterino o al muñón vaginal, queremos aclarar lo siguiente.

Nosotros creemos también que la fijación de la trompa al muñón vaginal tiene algunas ventajas. Es ya conocida de largo tiempo la operación de Demaré, en que incluye la extremidad proximal en el muñón cervical. De esa técnica se ha ocupado un distinguido médico del interior, el Dr. Grille, hace ya muchos años; se ha ocupado el Prof. Rodríguez López en el Congreso Interamericano de Cirugía, y nosotros durante muchos años la hemos realizado en el Servicio del Prof. May. Efectivamente, con la misma se obtiene, inclusive, pequeñas descargas sanguíneas similares a la menstruación. Por otra parte, es conocido que en ciertas situaciones, probablemente anormales, como una que ha documentado el Dr. Belloso, en que una trompa que fue fijada a una eventración, en la época menstrual tenía un corrimiento sanguíneo. Probablemente en condiciones anormales de estiramiento o fijación del ciclo tubárico también se cumple con hemorragias y es muy posible que ese sea el mecanismo de esas pequeñas menstruaciones, llamémoslas así.

En cuanto a la sinergia entre la mucosa tubaria y el útero, de la misma manera que en cuanto a la sinergia entre el ovario y el endometrio, son hechos que no han sido probados, no se han podido demostrar, a pesar de todas las investigaciones realizadas.

Nosotros creemos esto útil en determinadas circunstancias; pero entonces hay que tener cuidado que cuando se realiza la sección de la tuba, se realice

bien yxtauterina, dejando un cabo relativamente largo; inclusive puede hacerse la sección un poco en cuña sobre el parénquima uterino, con lo cual se prolonga y se evita que ese tironeo nos traiga el ovario demasiado encima del muñón. Nosotros nos hemos referido a las situaciones de fijación del ovario sobre el muñón. Por otra parte, consideramos perfectamente útil que como elemento de sostén se utilice el ligamento redondo y aun se utilice el ligamento úterosacro para fijar el muñón residual.

CIERRE DE LA SESION

Dr. C. A. JAUMANDREU.—Habiéndose tratado totalmente el tema en sus aspectos fundamentales, en las respectivas ponencias, sólo haremos un resumen en el cual deseamos reseñar los aspectos conceptuales y técnicos más importantes en su aplicación práctica.

En un primer análisis deseamos considerar en forma general el concepto de que no son los aspectos técnicos quirúrgicos los más importantes cuando se abordan estos problemas, sino los aspectos conceptuales en la aplicación de estas técnicas, con los cuales evitaremos terapéuticas agresivas o insuficientes o erróneas, tanto en el terreno médico, como en el social e individual.

Es así que no es necesario señalar la inusitada importancia que el médico deje pasar sin el adecuado tratamiento, por desconocimiento o insuficiencia semiológica y terapéutica, procesos evolutivos fatales como el cáncer, que dominan las estadísticas de la patología ginecológica.

Nuevas técnicas y procedimientos de estudio se han ido armonizando en la investigación del cáncer genital; todo aquello que pueda realizarse en el ejercicio diario de la medicina debe salir del ámbito ultraespecializado y con ese sentido ha sido expuesto, para plasmar la lucha profiláctica, que es la verdadera lucha.

El respeto a la función endocrina general y a la función procreativa y la consideración a estados psicológicos de la mujer, adquieren un extraordinario valor cuando se convive la inquietud íntima del sexo como lo hace el ginecotocólogo y es por ello que consideramos que debemos ser oídos con mucha atención y debemos esforzarnos en transmitirlo.

La profilaxis de lesiones residuales es un capítulo íntimamente unido a las directivas generales de este tema.

El conocimiento de las indicaciones, condiciones, procedimientos y riesgos, se obtiene del ejercicio constante y el análisis juicioso de grandes masas y es en este sentido que consideramos que estos problemas deben ser manejados por los especialistas y por aquellos técnicos que hayan adquirido estos conocimientos básicos.

En un análisis particular de los temas tratados, surge:

1º) Que la investigación del cáncer genital es el paso inicial de todo el estudio y que él se debe fundamentar en el estudio citoneológico y la biopsia, la cual, en el exocervix, debe ser dirigida por el test de Schiller.

El estudio citológico debe llegar a ser practicado como estudio de rutina, ya que es fácil su obtención o recolección tanto general como sectorial.

Estos son los elementos fundamentales en el orden práctico, pero dejando aclarado que en casos complejos y en el estudio de grandes masas se dispone de técnicas especializadas como la colposcopia y la colpomicroscopia.

2º) En el aspecto conservador endocrino el elemento conceptual con que se debe enfocar el asunto es el de que actualmente por comprobaciones clínicas, hormonales y citológicas hay una casi unánime opinión de que hasta más de veinte años de la postmenopausia persiste un apreciable porcentaje de casos con una actividad estrogénica aceptable que constituye un adecuado y beneficioso apoyo de las funciones tróficas y somáticas.

Es por ello que superando las distintas etapas que se han ido cumpliendo en el conocimiento de este punto, en el momento actual hay una tendencia a respetar el ovario de la climatérica, aún en el sexto decenio de la vida, cuando no presenta lesiones orgánicas y se comprueba una actividad estrogénica aceptable por elementos clínicos (trofismo general y vulvovaginal) y elementos citológicos (ausencia de elementos basales que signifiquen frotis atróficos o vecinos a esta etapa).

Se fundamenta también esta conducta en el hecho de que el ovario restante "sufre su patología normal, con una frecuencia normal", como dice Huguier.

3º) Que la conducta conservadora procreativa está en la conciencia de todos y orientada por los factores edad, paridad, y aún condiciones económico-sociales.

4º) Que la conducta menoconservadora es necesario ser revisada, en los casos que es factible, fundamentándola en la situación psicológica de la paciente cuando está vinculada a conceptos cuyo desprecio pueda acarrear disturbios en su vida social, afectiva o sexual.

5º) Que en el aspecto profiláctico de las lesiones del muñón cervical residual entran en primera línea las lesiones cancerosas y canceroclinas, pero que también son de importancia las lesiones inflamatorias crónicas, que deben considerarse fuente de trastornos residuales y de un gran potencial evolutivo por su carácter irritativo crónico.

De todo ello surge la indicación de la histerectomía total salvo inconvenientes técnicos, la utilización de técnicas de totalización en casos difíciles • su tratamiento simultáneo en casos de cirugía conservadora.

6º) Que en las directivas quirúrgicas generales es importante el problema del abordaje en el cual debe entrar en consideración la vía baja en los casos en los cuales no se haga cirugía conservadora con fines procreativos.

Dicha vía siempre debe valorarse en los demás casos, en especial en las asociaciones con prolapso pélvico, entrando a considerar fundamentalmente las condiciones generales insuficientes o precarias, la aptitud de esta vía (su amplitud), el tamaño de las lesiones uterinas y la ausencia de lesiones anexas.

Que en el aspecto de los detalles técnicos es importante la familiarización con el procedimiento del bloqueo circulatorio uterino (procedimiento de Borrás) en la cirugía conservadora uterina y la liberación sistemática de los uréteres en las histerectomías totales.