

INCONVENIENTES DE LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL

Discusión

Dr. TEJERINA FOTHERINGHAM. ... Quizás la solución está en el diagnóstico correcto y luego en la operación apropiada de acuerdo al diagnóstico. Si es cierto que el cáncer en la mujer es un padecimiento que se observa con frecuencia en clínica, no se puede cuestionar que en la mujer existen padecimientos benignos ginecológicos a los que se puede reconocer debidamente en la práctica para ofrecerles el tratamiento correspondiente, qué tratamiento y aquí la discusión fundamental que considera la Mesa, la histerectomía total y la subtotal. Yo no voy a tomar partido, no me considero con autoridad frente a esta Mesa Redonda; creo, sin embargo, que eso ha de surgir claro frente al conocimiento cabal de las condiciones patológicas generales y locales del caso particular. Sí sé decir, por lo que hace a mi experiencia, no es un cargo que yo quiera hacer a la histerectomía total que, como se ha dicho, la histerectomía total puede dejar una grave secuela que es el prolapso con un profundo hidrocele que hace prociencia por entre los genitales externos y que puede traer considerables molestias, esto a cargo de la histerectomía total. También sé decir, por lo que hace a mi experiencia personal y a todo lo que tenga observado a lo largo de unos cuantos años, que sin duda la histerectomía total es una operación que debe tenerse por mucho más grave que la histerectomía subtotal; se diga lo que se diga, esto no se puede juzgar con el criterio y la sabiduría de los que integran la Mesa Redonda, sino con el criterio y las posibilidades técnicas que muestran aquellos que se ven enfrentados a padecimientos ginecológicos en donde hacen histerectomía subtotal o total. Yo digo para mí y pensando en mi conciencia: el que no está preparado para hacer una histerectomía total en un padecimiento que supone digno del cuerpo de la matriz y hace una histerectomía subtotal, bien hecho; creo preferible eso, lo desearía para una persona que esté cerca mío. Es verdad, está bien que se prepare, que se capacite al colega para que pueda hacer una u otra operación que se pueda considerar más indicada.

Para salvar escollos del uréter y para evitar el prolapso, es que hace treinta años nosotros comenzamos a hacer en el Servicio, entre las mujeres con padecimientos ginecológicos benignos, en la que se había descartado el cáncer del endometrio y del cervix: la histerectomía por decorticación la em-

pezamos a hacer para mostrar cómo metiéndose entre las fibras musculares del cervix y por debajo de la pericervical hasta la cúpula vaginal, nosotros estábamos exentos de toda posibilidad de injuria sobre el uréter. Esta operación hizo carrera y empezó a andar. Ricardo Finocchietto alguna vez publicó en "La Prensa Médica" con muy claros esquemas, la operación que él llamó de Tejerina; no es cierto que sea operación de Tejerina, porque buscando después que yo vi esto de Ricardo Finocchietto, encontré que antes se había publicado la histerectomía subtotal por decorticación. Quiere decir que, desde luego, me siento muy halagado, pero es una cosa vieja, si acaso renovada, que puede ser útil para evitar lesiones viscerales de estructuras que deben respetarse, vecinas al cuello. Ahora, si la Mesa me permite y con todos los respetos debidos, quiero señalar una indicación que debe cumplirse antes de emprender ninguna operación ginecológica pelviana en la mujer. La enferma debe ir a la sala de operaciones con un urograma por excreción, hay que saber donde están los uréteres, hay que saber si hay compromiso ureteral, hay que saber si no hay (como se ha insinuado aquí en la Mesa) una anomalía ureteral. Para terminar, voy a contar un cuento que me es muy personal: de una señora, la suegra de un colega muy meridional, que tenía un fibroma muy meridional, digo por su temperamento. Decidimos hacerle a esta señora, que tenía bastante sobrecarga adiposa, un vientre breve, pero muy globuloso, sobrecargado, una histerectomía subtotal (porque tenía además un fibroma muy metido en la base del ligamento ancho derecho). Como esa era la topografía del fibroma, la operación comenzó luego de ligar algunos pedículos o de individualizar los uréteres (la enferma no tenía entonces, hace muchos años, urograma por excreción); liberados los dos uréteres, procedimos rápidamente. De todas maneras ya estaba salvado el escollo fundamental; los uréteres no los podíamos lesionar. Cuarenta y ocho horas después, flemón pelviano, luego evidentemente una fístula ureteral, pero ¿cómo explicar eso? La explicación vino con el urograma y el estudio posterior: la enferma tenía una doble vía excretora derecha y nosotros habíamos cortado literalmente uno de los uréteres, el que estaba cerca del otro que nosotros habíamos individualizado. A esta enferma hubo que nefrectomizarla luego para liberarla de la fístula ureteral; por suerte una de las pelvis, la que correspondía al uréter seccionado, tenía una litiasis ocaliforme que en cierto modo justificó esta operación, que vino a salvar nuestra acción iatrogénica.

Dr. TOPOLANSKY SIERRA.—El Dr. Stábile le contestará al Dr. Tejerina Fotheringham.

Dr. STABILE.—Para mí es un honor que el Presidente me haya indicado para contestar las palabras del Prof. Tejerina.

Evidentemente vamos a centrarla en dos o tres puntos fundamentales que él indicó. Uno, y es por eso posiblemente que el Sr. Presidente de la Mesa me haya indicado, es el que se refiere al postoperatorio tardío; la instalación de una verdadera eventración pélvica, llamemos así al prolapso grave

de la hysterectomizada. Nosotros habíamos insinuado que cuando eso lo prevenimos, es bueno tener ciertas orientaciones de orden técnico. Desde ya les quiero aclarar que ante el problema del neoplasma, lo del prolapso queda en segundo término; en ese caso debemos de tratar de curar el neoplasma y el prolapso será un problema más o menos difícil después; pero cuando no existe neoplasma después de haber hecho una semiología adecuada (colpocitología, estudio del endometrio y demás), el problema toma toda su jerarquía. Si nosotros podemos hacer algo en ese momento quirúrgico en previsión del prolapso grave, evidentemente estamos bien orientados clínicamente.

Es por eso que en una hysterectomía subtotal en un cuello que no tenga peligros previsibles de neoplasmas ulteriores, tenemos elementos como los ligamentos redondos, por el modo de suspenderlos e incluso por una colpoperineoplastia sacada a último momento (si no ha sido muy larga la intervención y si la anestesia permite completarla con una colpoperineoplastia posterior), para evitar el prolapso. En ese caso es una previsión muy buena cuando no se trata de un neoplasma, es decir, cuando el problema del prolapso queda relegado a segundo término, pero que vuelve a tomar jerarquía cuando pensamos que hemos curado a nuestra enferma; entonces queda el recurso de las colpectomías totales del cierre total del periné como recurso quirúrgico de última instancia del prolapso grave.

Otro punto que trataba el Prof. Tejerina es el que hace referencia a la técnica de Tejerina, como a su pesar se le ha dicho, son las palabras de él mismo, evidentemente me hace recordar de que una vez que le preguntaban a un viejo maestro de la cirugía uruguaya, al Dr. Lamas, de quién era la técnica esa que estaba haciendo, y dijo de Monsieur Tout Le Monde; es decir, que cada uno tiene recursos en la técnica; unos que la aclaran mucho y acaban por llamarse técnica de Fulano, que cada uno lo tiene incorporado entre sus recursos quirúrgicos. En ese aspecto recuerdo haber tenido el honor (para mí ha sido siempre un gran honor) de haber sido ayudante en algunas circunstancias del Prof. Pouey cuando hacía una hysterectomía total no por cáncer; entonces se iba despacito exteriorizando el útero, de manera que dejando no digo la fascia sino una especie de capuchón alrededor, haciendo con su tijera y con su pinza montada, una especie de remangado que al final creaba una especie de prepucio artificial quirúrgico y en esa forma hacía una hysterectomía total que es la técnica de Tejerina, más o menos; por lo menos la intención de olvidar las otras dificultades y la complicación temerosa de llevarse el uréter. Sabiendo o no, tuve ocasión de herir un uréter, teniéndolo en la mano; claro que se trataba de un neoplasma, el uréter hacía una vuelta pericervical, una especie de bucle retrógrado y, a pesar de tener el uréter en la mano del lado de adentro en ese bucle, se hirió el mismo.

A mí me parece que esto está muy bien y sobre todo lo que acaba de decir el Dr. Tejerina de hacer un estudio urológico o por urograma, como elemento previo para evitar accidentes como el que cito. Evidentemente el estudio urológico, así como el del recto (en los casos de la cirugía ampliada de la pelvis) es una conducta previa muy importante que no debe desdesharse y tenerla siempre presente.

Dr. JAUMANDREU.—He solicitado al Dr. Topolansky hacer algún comentario respecto a las apreciaciones que ha hecho el Prof. Tejerina y debo contestar una pregunta que se ha formulado.

En cuanto a lo que ha dicho el Prof. Tejerina respecto a la histerectomía total simple en el cáncer de cuello, siempre que realizamos la histerectomía, se sobreentiende que es una histerectomía total con colpectomía y anexectomía bilateral ampliada con celulolinfadencetomía, es decir, lo que llamamos operación de Wertheim Meigs. Sin embargo, la histerectomía total simple tiene actualmente indicación en el cáncer de cuello, terminantemente probado y diagnosticado como cáncer grado 0 o intra epitelial, y ese es uno de los motivos que está ampliando las indicaciones de la histerectomía total y es una de las razones, en el orden profiláctico, por las cuales los que hacemos ginecología luchamos por la histerectomía total. En el otro punto, lo de la posibilidad del prolapso, primero creo que la histerectomía total exclusiva no se debe hacer en enfermas que ya tengan prolapso; segundo, si la histerectomía total se hace con los cuidados de la solidarización del paracolpos y los uterosaeros a una cúpula vaginal suturada tomando la perivagina y haciendo el verdadero nódulo central pélvico, posiblemente esas pacientes hagan menos prolapsos que aquellas que se le dejen cuello, muchas veces hipertrofico y grande, que sirve de tutor para ir llevando al prolapso secundariamente. En cuanto al urograma, estamos perfectamente de acuerdo, y yo también en mi exposición lo indicaba en todos aquellos casos que pueden plantear problemas de exéresis, tumores grandes, tumores intraligamentarios, etc. Por otra parte, y por eso nosotros hicimos énfasis en la liberación sistemática del úter que viene con la fascia, descrita por Ombredane, recubriendo la cavidad abdominal a caer como una sábana dentro de la pelvis, llevando dentro de ella a uno, dos o los uréteres que sean o en la forma que sea. Eso es lo que me prestan a consideración las apreciaciones del Prof. Tejerina.

En cuanto a la pregunta que el Dr. Topolansky me ha dirigido, es: "Indicaciones de la anexectomía en ocasión de la histerectomía total por proceso benigno". Este es un viejo problema siempre en debate y voy a plantear mi posición. Siempre digo y enseño lo siguiente: que al hombre es difícil que le saquen un testículo y me pongo en la misma posición como ginecólogo frente al ovario en la mujer. Las indicaciones de la ooforectomía en procesos benignos deben ser cuando la patología de los ovarios indiquen su extirpación y cuando la función endocrina del ovario ha claudicado. Tenemos que saber que la secreción endocrina estrogénica del ovario, controlada en estos últimos años por colpocitología y urocitograma, etc., tiene en algunas mujeres un declinar brusco en seguida del climaterio y entra en insuficiencia absoluta; son ovarios que no sirven y deben extirparse; pero hay un porcentaje muy grande de mujeres que van hasta los 70 años con una inervación hormonal de acción trófica que mantiene todas las posibilidades que da la edad matronil de la mujer que tiene una piel tersa en las zonas cubiertas, con una vagina que llama la atención por su trofismo; a esas mujeres no hay que sacarles el

rio. Esa es la conducta que yo sigo; por lo tanto creo que, de acuerdo al estudio clínico de la paciente, en las formaciones benignas se debe sacar solamente el ovario que ha claudicado totalmente o que tiene una patología que exige su extirpación.

Dr. TOPOLANSKY SIERRA.— El Dr. Schaffner contestará otra pregunta.

Dr. SCHAFFNER.— La pregunta dice: conducta antineoplásica ante muñón residual, especialmente grado 0 y 1. Se entiende en pacientes histerectomizadas años atrás. En el Instituto de Lucha contra el Cáncer del Hospital Pereira Rossel, tenemos una conducta desde hace muchos años establecida, de que prácticamente no operamos el cáncer de cuello uterino, lo tratamos con indicaciones con rádium y con telecobaltoterapia o con roentgenoterapia en todos los casos; por excepción hacemos una extirpación por neoplasma de cuello uterino.

Así que a esta pregunta yo la contesto en la misma forma: grado 0, y en esto discrepo un poco con lo que dijo recién el Dr. Jaumandreu de que en el grado 0 se extiende la indicación a la histerectomía ensanchada a la histerectomía total, nosotros por el momento estamos convencidos que mismo en el grado 0 o en el grado 1, el tratamiento radiante obtiene el mismo resultado que el tratamiento quirúrgico; así que nosotros seguimos haciendo el tratamiento radiante en todos los estadios del neoplasma de cuello, sea 0, 1, 2 ó 3, hasta en el estadio 4 que hacemos cobaltoterapia paliativa. Desde luego que el hecho de que el neoplasma aparezca en un cuello residual, no motiva un cambio en la conducta terapéutica. Esto es lo que tengo que contestar a esta pregunta.

Dr. TOPOLANSKY SIERRA.— El Dr. Pereira quiere hacer una pregunta bastante completa: ¿cuántas histerectomías se practican anualmente?; ¿cuántas subtotalet?; ¿cuántos casos de carcinoma no son controlados?; ¿cuál es el porcentaje?; ¿cuál es el porcentaje de histerectomías intrafaciales dentro del total?; la vagina acortada quirúrgicamente da trastornos: ¿a qué edades son más frecuentes? Casi deberíamos hacer una nueva Mesa Redonda para responder a todas estas preguntas, pero algunas cosas las podría ir contestando yo y otras las voy a ir pasando a los colegas.

En realidad es muy difícil saber el porcentaje de histerectomías totales y subtotalet. Las cifras que he tenido en la mano, tomadas en compañías de seguros en los Estados Unidos, hablan de un 3 a un 9% de histerectomías, pero es imposible totalmente hacer el porcentaje relativo entre las subtotalet y las totales. De manera que eso no podemos saberlo. Lo que sí podemos saber, es que la tendencia actual es de cada vez hacer menos subtotalet y más totales; el motivo principal de esto es, por supuesto, el cáncer de muñón. En un libro tan bueno como el de Soto y Ponce, dice lo siguiente: "los Estados Unidos tenemos el triste privilegio de tener un porcentaje que se acerca al 9% de carcinoma de cuello de muñón cervical". Porcentaje evidentemente mucho más alto que el que tienen las clínicas europeas y que el que tenemos nosotros aquí en Sudamérica, donde la histerectomía total se hace

mucho más que la subtotal ya desde hace muchísimos años; así es como se está enseñando desde hace muchos años en las cátedras de ginecología. En las cifras que dio el Dr. Schaffner resulta que el porcentaje es del 1,6 % y que es un porcentaje evidentemente más bajo que el que están presentando las clínicas norteamericanas; esto da la pauta de que parecería de que aquí estamos en la buena conducta.

●tra de las preguntas: ¿cuántos casos de carcinomas no son controlados? Esta es una de las preguntas que yo se la trasladaría al Ministro de Salud Pública, si es que está presente todavía, porque éste es uno de los problemas claves que tenemos nosotros en el país y que debe ser encarado rápidamente, que es el diagnóstico precoz.

Dr. T●BLER.— La pregunta concreta es: ¿qué porcentaje de curación da la histerectomía total en el epitelio de endometrio...?

... Eso depende del tratamiento realizado a ese epiteloma de endometrio. Si el tratamiento fue nada más que la cirugía, el porcentaje de sobrevida a los cinco años es de menos del 50 %. Ahora, ¿por qué sucede ese menos del 50 %? ¿por qué el 15 % presentan metástasis vaginales, el 10 % metástasis pulmonares, 25 % metástasis de los ganglios pélvicos y el resto por propagación del proceso? Es decir, en la recidiva del muñón iba infiltrando todo el tumor de la pelvis. Fueron precisamente esos porcentajes de sobrevida tan bajos de la histerectomía, que fue lo que cambió el concepto de la malignidad del epiteloma del endometrio y la conducta a seguir en el primer tratamiento a realizar, que en el momento actual es la combinación de la radioterapia con la cirugía. La táctica y la técnica frente a un epiteloma varían según las circunstancias, y para eso tenemos que tener presente: primero, la longitud del útero, es decir, el volumen del útero, y ese volumen ustedes lo tienen que tomar no de una manera absoluta, sino relativa a la edad, porque no es lo mismo un útero de 8 cm. con 56 años, que un útero de 8 cm. de histerometría con 70 años; éste es mucho más amplio, lo que significa que hay más propagación del endometrio. Luego el tipo histológico del tumor, el indiferenciado, tiene la mitad más que los otros de frecuencia de metástasis. Es el que con más frecuencia (por ejemplo, en esas subtotales) invade el muñón mucho más que el otro glanduliforme papilar, etc., de manera que: tamaño del útero, tipo del tumor y después el hecho de cómo invade la pared, eso usted no lo puede determinar nada más que hasta que no se hace la operación. Así, por ejemplo, en un caso muy avanzado que tiene más de 10 cm. de histerometría, empezamos con telecobalto 4.000 r. centro pelvis. En cinco semanas es un útero que pasa de 11 ó 12 cm. a 7 cm.; completa con curieterapia y hace entonces la histerectomía. La pieza de la histerectomía completa con cilindro vaginal demuestra que no tiene neoplasma; ahí es donde obtenemos los mayores porcentajes de sobrevida, 96 %. En la pieza operatoria encuentra lo siguiente: focos de epiteloma necrótico y al lado focos de epiteloma activos que llegan hasta el endometrio. Baja el porcentaje de sobrevida si invaden el endometrio; baja aún más ese porcentaje si llega al miometrio; si es hasta el tercio externo, llegando a la serosa, esos se nos escapan de nuestras manos.

De manera que el primer tratamiento, que es fundamental en el pronóstico del cáncer, depende entonces de una serie de factores; tanto es así, que en el momento actual nosotros no podemos adquirir experiencia personal en esos casos mayores de úteros grandes. Comienza el tratamiento con las dosis de gestágenos las diecisiete oxiprogesteronas en dosis de 300 mgr. diarios, mientras se hace el estudio y se llega a hacer la primera aplicación de rayos; luego, entre la medicación de radio y las histerectomías, se continúa el tratamiento hormonal con los gestágenos y parece que eso también disminuye el porcentaje de las frecuencias. Ahora que las metástasis dependen de la biología del tumor y no tanto del acto quirúrgico, en esta estadística que mostré de miomas que se les hizo histerectomías subtotal, que tenían metástasis vaginal. También tengo tres histerectomías totales realizadas por miomas en la pieza operatoria; el anatomopatólogo contesta que tenían epitelomas (dos hicieron metástasis vaginales y otra hizo metástasis vaginal y metástasis pulmonar al mismo tiempo), de manera que el concepto que tenemos en el momento actual es que el epiteloma del endometrio es mucho más maligno de lo que se nos había enseñado y que los altos porcentajes de supervivencia se tienen con la combinación del tratamiento radiante con la cirugía radioterapia.

Dr. TOPOLANSKY SIERRA.—La pregunta dice: ¿cuál es el porcentaje de histerectomías intrafaciales dentro del total?

Dr. OLAZABAL.—Realmente no tengo el porcentaje, pero puedo decir que eso depende de la elección de cada cirujano en lo que se refiere a la técnica. Por ejemplo, podría decir que el Dr. Jaumandreu realiza las mayorías de las histerectomías por técnicas intrafasciales. Personalmente hago las histerectomías de acuerdo a lo que encuentre en el acto quirúrgico. Como víeron en la película, una histerectomía en un mioma cervical es mucho más cómoda y mucho menos peligrosa que una histerectomía por dentro de la fascia precervical; ahora las histerectomías intrafasciales son bastante seguras en aquellos casos en los que es difícil trabajar o liberar el cuello, pero cuando uno ha adquirido una técnica y se encuentra frente una lesión patológica, indudablemente es más fácil ceñirse concretamente a la técnica que uno realiza corrientemente, que cambiar de técnica.

Dr. TOPOLANSKY SIERRA.—Hay una pregunta que dice lo siguiente: la vagina acortada quirúrgicamente da trastornos y ¿a qué edad son más frecuentes?

Dr. STABILE.—En realidad es una pregunta que se sale un poco del tema que estaba tratando la Mesa, puesto que aquí se habla de lesión entre subtotal y total y no se habla de colpectomía bien entendida, ésta en el neoplasma o en el temor que se desarrolle un neoplasma en el muñón vaginal en el caso de histerectomía. Entonces ante la palabra neoplasma, la colpectomía, aunque sea una mutilación que va mucho más allá, está perfectamente justificada. Quiere decir que en los casos que estamos tratando acá, no son

casos que se hacen en rigor colpectomías. Se hacen colpectomías cuando pensamos en el cáncer o estamos con el cáncer. Casi siempre cuando estamos con el cáncer; entonces en ese caso hay derecho a correr algunos riesgos de los trastornos que deja una colpectomía. El trastorno más evidente de todos es la dispareunia o las dificultades en el coito. En el sentido práctico, muchas veces conviene recordar eso al cirujano no ginecólogo; que las mujeres en edades mucho más avanzadas de lo que uno supone, siguen practicando el acto sexual; evidentemente tienen un motivo no solamente de sexo puro, sino de armonía hogareña y, además, muchas mujeres con edad bastante avanzada tratan de no evitar el acto sexual por la sencilla razón de retener a su esposo aun bajo ese aspecto. Evidentemente ello puede traer, como trastornos, dispareunias, dolores que imposibilitan o hacen muy enojoso el acto sexual; cuando eso fue determinado por un neoplasma, se busca la solución que se puede, como ante toda mutilación que fue necesaria. Por el lado del prolapso, que son cuestiones que hemos también tratado, pero que si nos vemos en la disyuntiva de apelar a un tratamiento, muchas veces nos vamos a ver necesitados a completar esta colpectomía para hacer el tratamiento del prolapso, desde luego, dejando o descartando la posibilidad de que se continúe el acto sexual. Creo haber contestado la pregunta.

Dr. TOPOLANSKY SIERRA.— Bueno, si no hay más preguntas, sólo queda por agradecer a los ponentes, lo mismo que a los congresales que nos han escuchado e invitarlos para la Mesa Redonda el año que viene.