

Cirugía Conservadora del Útero

Dr. JUAN MONTOYA ALVAREZ

Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de Honduras. Ginecólogo del Hospital General.

Los procedimientos operatorios en Ginecología principiaron siendo conservadores: con el decurso del tiempo y a medida que las técnicas se perfeccionaron, la cirugía Ginecológica se convirtió en no conservadora y mutilante, ha sido la época en que han vivido la mayoría de 103 Ginecólogos de los últimos tiempos; actualmente los criterios se han unificado con tendencia marcadamente "conservativa", volviéndose por consiguiente de nuevo al principio.

En lo que al útero concierne podemos decir: que está aceptado por la mayoría de los Ginecólogos, que de los procesos patológicos que lo afectan deberán ser tratados por Los medios quirúrgicos conservadores, en primer lugar el MIOMA UTERINO y en segundo los TUMORES BENIGNOS y algunos defectos **congénitos**.

El tratamiento del mioma uterino no siempre está dentro del terreno de la cirugía 3 veces *la* Terapéutica será la expectación. (miomas asintomáticos); en otros casos será sintomático (miomas con hipermenorreas); pero hay muchos casos en que el tratamiento quirúrgico es la mejor indicación; en términos generales está aceptado universalmente que el tratamiento quirúrgico está indicado:

- a). En las enfermas menores de 40 años;
- b). En los miomas voluminosos que sobrepasan el tamaño de útero en gestación de 3 meses, en los que producen fenómenos de compresión, especialmente los intraligamentosos; en los submucosos y en los subserosos pediculados;
- c). En los miomas complicados necrobiosos aséptica o no, rotura de la cápsula, hemorragia por ruptura venosa, torsión del mioma pediculado, torsión anexial del útero, etc.; en algunos de estos casos la intervención tiene carácter de urgente;
- d). Cuando se sospecha que el mioma es causa de esterilidad o de abortos de repetición;
- e). En el mioma y cáncer del endometrio y en el mioma y cáncer del cuello de primer grado.

El tratamiento quirúrgico deberá ser siempre lo más conservador posible, siempre que el caso lo permita, de modo que se

preferirán la MIOMBOTOMIA y la HISTERECTOMIA PÚDICA, a la HISTERECTOMÍA TOTAL.

El tratamiento quirúrgico conservador del mioma uterino persigue dos finalidades; conservación, de la función útero ovárica y conservación de la función de procrear.

La miomectomía, o sea la extirpación del tumor conservando íntegro el útero, puede hacerse por medio de la enucleación si el mioma es intramural o por polipetomía si es pediculado.

La miomectomía, es la operación de elección en las mujeres que deseen tener hijos y portadoras de miomas intramurales o subserosos no complicados. Esta operación tiene la desventaja, con respecto a la histerectomía de ser más difícil su técnica, de su mayor morbilidad y de que no pesie a resguardo de las recidivas; en cambio tiene el gran mérito de conservar íntegro al útero y la función de reproducción.

La miomectomía por vía abdominal tiene más indicaciones y es la más recomendable, por su fácil ejecución, sobre todo en los miomas grandes y complicados.

TÉCNICA QUIRÚRGICA EN LA MIOMECTIONIA. No trataré propiamente de la descripción de la técnica, apenas, daré algunas orientaciones al respecto:

1. Una vez expuesto el útero, pálpese suavemente, se notarán diferencias de consistencia, así pueden localizarse los nodos tumorales.
2. A veces el cuerpo uterino está deformado y desplazado, a simple vista parece imposible decir dónde estará la cavidad uterina en estos casos búsquense los ligamentos redondos, véase donde se implantan, ese sitio exacto, esté donde sea, corresponde a los cuernos uterinos y de cuerno uterino va la cavidad.
3. Se suele vacilar al extirpar un nódulo bajo, situado en las cercanías del cayado de la uterina y de la curvatura final del uréter, temiendo herir cualquiera de dichos órganos. La mejor vía de acceso será la de abrir el fondo de la matriz, para luego abocar los nódulos en plena cavidad, en esta forma se puede llegar a ellos cualquiera que sea su situación sin peligro de herir los órganos vecinos.
4. Siempre deben de atacarse los nodulos de arriba para abajo, buscando detenidamente los planos de separación o deslizamiento del tumor.
5. La reconstrucción debe ser cuidadosa sin dejar espacios huecos, esto siempre es posible, ya que el nódulo cromatoso es una neoformación que desplaza al miometrio, pero no lo sustituye, el miometrio siempre es el mismo.
6. Las fotografías que acompañan este trabajo demuestran en detalle la técnica de una miomectomía; lámina N° 1, en la

fig. superior izquierda puede verse la matriz miomatosa, tomada con una pinza de garfios y extraída de la cavidad pélvica. En la fig. superior derecha se puede ver abierto el fondo de la matriz y se empieza la **disección** de la pared anterior del útero. En la inferior izquierda se puede ver la continuación de la disección de la pared anterior de la matriz. En la fig. inferior derecha se observa el final de dicha disección.

En la lámina N^o 2 se pueden seguir los siguientes tiempos: en la fig. superior izquierda se puede ver la disección de la pared **posterior** de la matriz. En la Fig. superior derecha, se observa la **continuación** de dicha disección. En la Fig. inferior izquierda podemos **ver** el mioma liberado casi en su totalidad, faltando únicamente la disección del polo inferior para su completa extirpación. En la fig. inferior derecha se puede ver el lecho dejado por el tumor, el que será reconstruido cuidadosamente sin dejar espacios muertos, como se verá en las figuras de la lámina N^o 3.

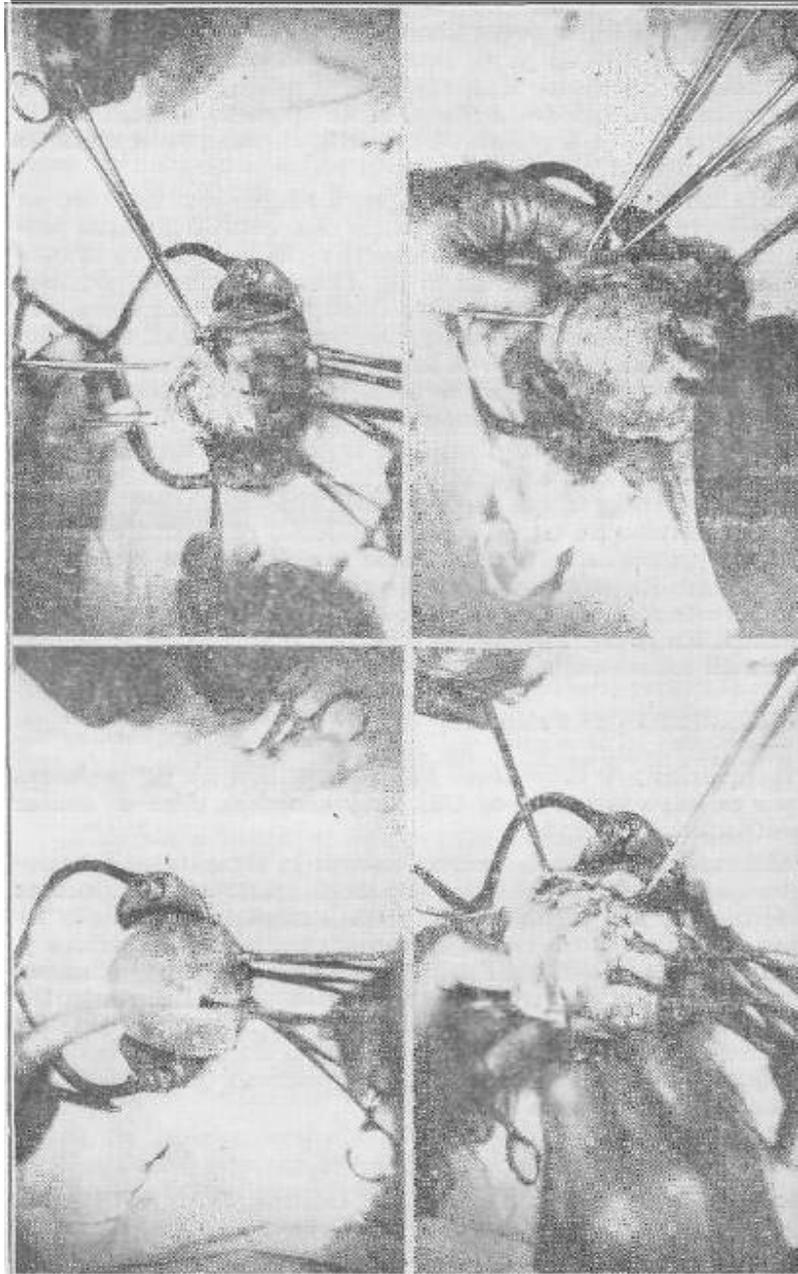
Lámina N^o 3, en la Fig. superior izquierda de esta **lámina** se puede ver cómo se está empezando la reconstrucción del lecho dejado por el mioma, la que se ha principiado de la profundidad hacia la superficie. En la Fig. superior derecha se pueden observar los últimos puntos dados al fondo de la matriz una vez reconstruida la cavidad. En la Fig. interior izquierda se muestra la matriz completamente reconstruida, estando por consiguiente la operación terminada. En la Fig. inferior derecha puede apreciarse el tamaño y forma del mioma extirpado.

CONSIDERACIONES FINALES

He querido ser muy breve en la exposición de un **problema** que por su importancia es de Uds. muy conocido, para no abusar de la atención dispensada.

Al hacerles esta tarde un recuerdo de la terapéutica del mioma uterino, ha sido con el único objeto de **mostrarles** la sencillez de la técnica de una miomectomía y las bondades que con ella se obtienen, al conservar a la mujer sus funciones utero-ováricas y de reproducción, dándoles así la oportunidad de que se sublimizan, al ser madres, y de que vivan plenamente su sexo **al** conservarles su menstuo, y a la que no debemos olvidar que la mayor parte de ellas tienen grandes sufrimientos morales, al no sentirse mujeres completas por falta de cualquiera de las funciones que traen como consecuencia la falta de la, matriz.

BIBLIOGRAFÍA: Terapéutica Ginecológica, Calatroni Ruiz.. Posibilidades de la Cirugía Conservadora en Ginecología. Carlos D Guerrero. Ginecología incluyendo Urología Femenina, Wharton..



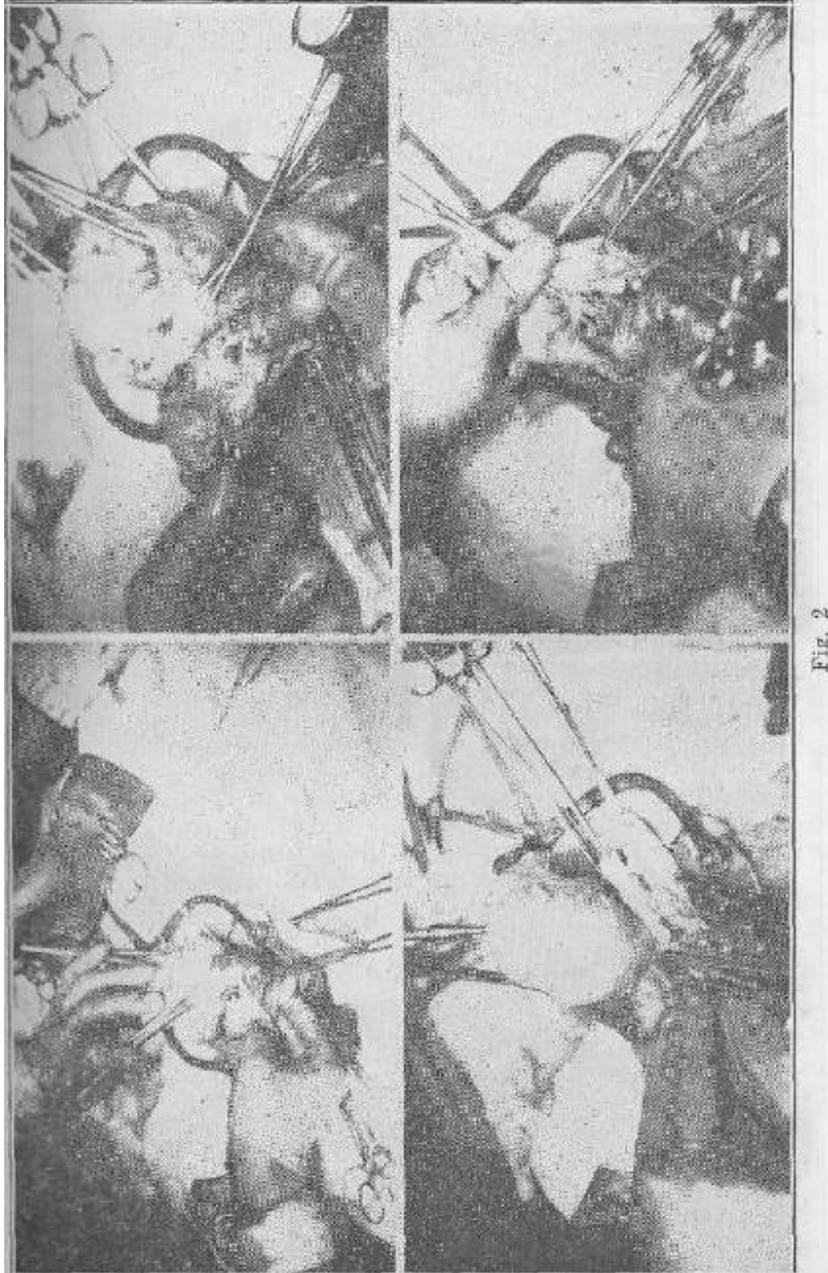


Fig. 2

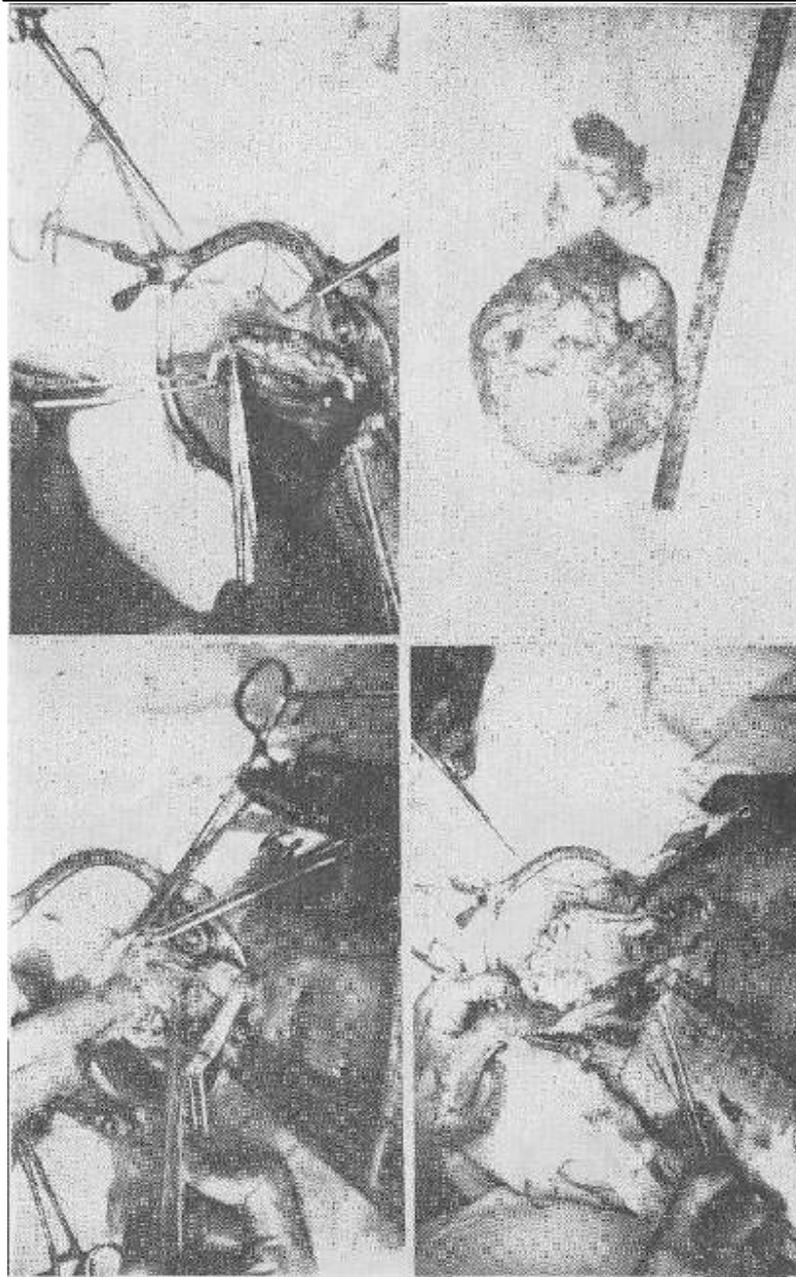


Fig. 3