

Algunas Consideraciones acerca de la Cirugía Conservadora en Ginecología

Por el doctor
Conrado ZUCKERMANN

PRELIMINAR

La cirugía conservadora es menos brillante y más lenta que la cirugía extirpadora; pero en cambio es terapéutica fisiológica que evita muchos de los trastornos que presentan los mutados de cualquier parte del cuerpo. Es más útil y salvo procesos neoplásicos cancerosos, es la que el ginecólogo prefiere en sus intervenciones.

El cirujano que la efectúa debe recordar las íntimas relaciones fisiológicas que existen entre el útero, los ovarios y las trompas y, sobre todo, que la mutilación de uno de ellos repercute en el estado funcional y anatómico del que subsiste. Estas interrelaciones son íntimas y resultan de acciones endocrinas, principalmente entre ovarios y matriz.

ESTADÍSTICA

En 390 intervenciones de cirugía ginecológica efectuadas durante los años de 1937 y 1938 en la Clínica Mexicana de Cirugía y Radioterapia, en 305 la intervención hecha debe clasificarse como de *cirugía conservadora*, decir, que sólo en 85 casos hubo verdadera mutilación, entendiéndose por verdadera mutilación aquella en que ambos anexos (trompa y ovarios) de los dos lados y todo o parte del útero, han sido extirpados. Debe tomarse muy en cuenta que estas mutilaciones se refieren casi exclusiva-

mente a procesos neoplásicos, la mayoría de ellos cancerosos a estados inflamatorios, en los cuales existe destrucción de los elementos extirpados. Sólo cuando existe, degeneración blastomatoso, gran crecimiento neoplasteo o destrucción inflamatoria, se ha hecho extirpación visceral.

Las operaciones de cirugía conservadora efectuadas, han tenido siempre muy en cuenta procurar conservar la vascularización de los órganos, su inervación y, además, casi siempre que se ha conservado parte de ovario, se ha conservado parte del cuerpo uterino y casi siempre que se ha conservado útero se ha conservado parte de ovario, cuando menos,

La operación de útero a que nos estamos refiriendo, es parte del útero o del cuerpo uterino, pues en histerectomías subtota-

les se ha dejado el cuello cuando el estado de los ovarios ha impedido su conservación.

CONSERVACIÓN DE LOS OVARIOS

La extirpación de ambos ovarios en la mujer debe ser extirpación quirúrgica de excepción y siempre que se pueda debe conservarse uno de ellos o parte de uno o de ambos. Su extirpación total o parcial debe estar siempre en íntima relación con la intervención que se haga sobre las trompas y sobre la matriz. El de-

jar ovarios habiendo extirpado la matriz, conducta que muchos cirujanos consideran como absolutamente indispensable, no lo es siempre en personas de más de 40 años. Cuando el estado de los ovarios haga pensar en la posibilidad de trastornos imputables a su degeneración quística, etc. En personas de menos de 40 años puede dejarse porción de ovarios, a pesar de haberse hecho histerectomía subtotal o total, en la inteligencia de que su funcionamiento va a ser temporal y que la esclerosis terminará por producir la extirpación que el cirujano no efectuó.

Se relatan algunos casos de pérdidas sanguíneas por el recto, por la mucosa nasal, etc., en pacientes a los cuales se les ha hecho histerectomía conservando ovarios.

He tenido ocasión de observar dos casos, el uno revelado por epistaxis y el otro manifestado por abundantes hemorragias rectales. Este último caso llegó a necesitar transfusiones y medi-

cación intensa a base de cuerpo amarillo, con lo cual las hemorragias no desaparecieron; pero sí disminuyeron notablemente.

SUTURA DE LOS OVARIOS

Cuando se efectúan intervenciones sobre los ovarios extirpando una parte de ellos, el cirujano debe tener especial cuidado en lacer la sutura con aguja atraumática o con la que menos traumatismo produzca, y con catgut simple o crómico del número 0. Esta sutura casi siempre la efectuamos con puntos separados y 3S indispensable que la hemostasis sea completa y que la toma del pedículo ovárico no sea apretada. En ovarios escleroquísticos ie pequeños quistes, es preferible adunar a la *punción de los quistes la resección de los nervios de los pedículos ováricos*. Estas dos intervenciones, *simpatectomía y punción*, han demostrado en buen número de casos su superioridad sobre la resección parcial en las esclerosis polimicroquísticas.

En resumen, ovarios poliquísticos de tamaño mediano o grande, resección parcial con o simpatectomía; pequeños quistes con ovarios esclerosos, punción y simpatectomía.

SALPINGECTOMIA

La extirpación de las trompas de uno de los dos lados, es intervención que desgraciadamente se tiene que hacer con alguna frecuencia, cuando procesos supurados o de otra naturaleza han lesionado intensamente este órgano. La salpingectomía debe hacerse, si el proceso es total, de una manera completa y si el proceso es parcial, solamente extirpando la parte enferma, procurando dejar permeable el resto de la trompa.

Para poder hacer salpingectomía completa, es indispensable quitar la porción de la trompa inmediata al útero, y aun en ocasiones hacer pequeña cuña en dicho sitio. Al hacer la extirpación de la trompa se debe tener mucho cuidado de hacerlo lo más pegado posible al proceso que se extirpa, con objeto de no poner en peligro la inervación y la vascularización de los ovarios.

INJERTO OVARICO El del ovario llevado al interior de la matriz con objeto de procurar la fecundación en aquellos casos en que no existen ya ambas trompas, es intervención que raramente se efectúa. Solamente la hemos efectuado en dos ocasiones.

El *injerto libre de fragmentos de ovario de la misma persona* efectuados en el epiplón, en los grandes labios o en la pared ab-

dominal, nunca lo hemos efectuado. Sí hemos hecho los *injertos libres de fragmentos de ovario en el parametrio* y su resultado, cuando menos temporal, ha parecido satisfactorio desde el punto de vista de las alteraciones funcionales postoperatorias.

El injerto de ovario solamente lo efectuamos cuando ha habido conservación total o parcial de la matriz, es decir, del cuerpo uterino,

HISTERECTOMIA FUNDICA

Esta intervención, catalogada entre las operaciones extirpadoras, es en realidad una operación de cirugía conservadora, pues aunque suprime los ciclos fecundas, *deja los ciclos menstruales* y evita muchos de los trastornos imputables a la castración.

En fibromas del fondo uterino y en otros procesos neoplásicos de dicha localización y aun en algunos casos de grandes piosalpinx la histerectomía fúndica presta servicios. Todavía más: se ha extendido su indicación para algunos casos de metropatía hemorrágica y para algunas anexitis quísticas.

ALGUNAS TÉCNICAS La cirugía conservadora requiere anestesia muy tranquila y mayor tiempo operatorio que la cirugía mutiladora. Sólo trabajando en campo amplio y sin prisa se puede hacer cirugía conservadora funcional.

La cirugía conservadora que habitualmente se efectúa, es aquella que se refiere al desagüe de *procesos supurados pélvicos*, periuterinos, anexiaies, paramétricos, etc, a la *corrección*

de alteraciones mecánicas del útero, de los anexos o de los ovarios, siendo de entre ellas la operación más frecuentemente efectuada, la *ligamentopexia*, que trata de corregir las desviaciones uterinas.

La cirugía conservadora por excelencia, es aquella en la que nada se extirpa de los órganos genitales; pero esta cirugía, que pudiéramos llamar cirugía conservadora pura, no es muy frecuente, y es más común que se haga cirugía conservadora; pero quitando las porciones lesionadas, quistes de los ovarios, fibromas del útero, quistes y supuraciones en las trompas, etc.

La cirugía conservadora que habitualmente se efectúa, es una cirugía que está colocada en el intermedio de la mutilación y la conservación, es decir, es aquella en que se extirpa lo menos posible y se procura conservar los *ciclos fecundos y los menstruales* y en caso de ser imposible lo primero, cuando menos los ciclos menstruales.

CIRUGÍA DEL DOLOR La cirugía del dolor es un capítulo muy importante en ginecología, y sus aplicaciones se refieren, sobre todo, al tratamiento de los procesos ginecológicos con lesiones pero acentuadas y a las algias motivadas en neuritis o plexitis pélvicas. Las dos intervenciones habitualmente efectuadas son la *resección del plexo presacro y de sus ramas pélvicas* y la *enervación de los ovarios*, ya sea en los *pedículos ováricos* o en los *ligamentos infundibuloováricos*. La primera intervención, re-

sección del presacro y de sus ramas pélvicas, (en lo que se refiere al área ginecológica) está indicada en los procesos algidos, tróficos y vasculares del útero, de la vagina y de la vulva, y aún de los parametrios; y en lo que se refiere a la *cirugía de los nervios ovañcos*, a los procesos esclerosos y algicos de los ovarios.

CIRUGÍA DE LA ESTERILIDAD

Es la más importante cirugía conservadora ginecológica y en lo que se refiere a las intervenciones abdominales, dos son los grupos principales de intervenciones que se efectúan: las *salpingoplaistias* y las *salpingouteroanastomosis*. Ambas deben efectuarse después de cuidadoso examen clínico (de la enferma y del esposo) de laboratorio y radiológico (uterosalpingografía). Además se cuenta con los sondeos salpingiamxs, las insuflaciones de las trompas y las dilataciones del cuello y del istmo uterino.

MEDIDAS POSTOPERATORIAS

La cirugía conservadora, además de lo delicado de su técnica, de la correcta peritonización y de procurar suprimir drenaje,, amerita minuciosos cuidados postoperatorios y es indispensable advertir a las enfermas que esta cirugía funcional conservadora necesita en ocasiones, para que sus resultados sean más benéficos, ser seguida de tratamientos fisioterápicos y medicaciones endocrina y otras, además de de una cuidadosa vigilancia, tanto de los *ciclos fecundos* como de los *menstruales*.

—De Cirugía, Ginecología y Cáncer.—