

Cirugía Conservadora del Útero

Dr. Alejandro Zúniga L.
Dr. Alfredo Zambrana
Dr. Octavio Zavala C.

Presentamos a la consideración de Uds. este modesto trabajo de Cirugía Conservadora del Utero, como contribución de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras al XII Congreso Médico Nacional. En nuestro trabajo nos referimos únicamente al tratamiento del Mioma Uterino :

- 1) Por considerar al Mioma Uterino como el más frecuente de los tumores pélvicos benignos de la mujer, durante su época reproductiva, (10).
- 2) Por la dificultad de encontrar en la revisión de expedientes clínicos, datos contribuyentes para la relación de otros procedimientos quirúrgicos conservadores.

A pesar de lo expresado anteriormente; daremos nuestros puntos de vista, sobre las bases generales de la Cirugía Conservadora en Ginecología.

De acuerdo con algunos autores, (1), (5), (7), (17), al hablar de **cirugía conservadora**, tenemos que considerar el aspecto anatómico y funcional del órgano. En el aspecto anatómico, "Una buena cirugía Conservadora, debe ser, la que respeta tejidos y órganos sanos, porque de otra manera estaríamos conservando enfermedades en vez de órganos" (5). En el aspecto funcional: Debemos recordar que son tres las funciones básicas del aparato genital femenino. La reproductiva, la endocrina y la sexual. La mente del Cirujano Conservador debe ser la de respetar la integridad de estas funciones básicas; pero en caso de no ser esto posible, debe de individualizar y valorar cual de las funciones debe preservar.

CIRUGÍA CONSERVADORA DEL ÚTERO

Al referirnos a este tipo de cirugía, tenemos que mencionar: 1) **Mioma Uterino**, 2) **Malformaciones del Útero** y 3) **otras afecciones** tales como: **Pólipos**, **procesos benignos del cérvix**, **ruptura uterina**, etc.

Tal como lo mencionamos anteriormente, nos referimos únicamente a la Cirugía Conservadora del Utero en casos de **Miomas**.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA EN CASOS DE MIOMAS UTERINOS

Fue en el año de 1840 que Amussat practicó la primera **Miomectomía Selectiva** por Vía vaginal (6). En 1844 Washington Atile extirpó con éxito una **Mioma** por vía abdominal. No hay publicaciones sobre **Miomectomías Múltiples** hasta que Alexander de Liverpool en 1898 extirpó 25 tumores de un útero. Debido a los problemas infecciosos y hemorrágicos que estos cirujanos confrontaron, este tipo de cirugía no se popularizó hasta en la

década de los 20, con Bonney (2) de Inglaterra; Noble, Kelly, los Mayo y Rubí en los Estados Unidos. En Sudamérica, Nicholson, (9) Borrás (3-4) y otros desde 1934 practicaron este tipo de cirugía. Póblemente en Honduras se iniciaron las miomectomías en 1950 con Montoya y Zúniga G. A.

La miomatosis uterina es una afección muy frecuente, presentándose aproximadamente en el 20% de todas las mujeres mayores de 30 años (11). La gran mayoría de éstas pacientes, son asintomáticas (7), (8) y no requieren tratamiento.

Sin embargo, muy a menudo se observa, que tan luego se hace el diagnóstico de miomatosis uterina se practica histerectomía, operación mutiladora que especialmente es ejecutada por los llamados cirujanos generales.

Siendo la Miomectomía en Ja actualidad una intervención fácil para el ginecólogo y con escasa mortalidad, gracias al mejoramiento de las tácticas quirúrgicas, progreso de la anestesiología, uso de antibióticos y a la disponibilidad de sangre para transfusiones; creemos que debe practicarse en todos los casos que haya indicación condicionada a la edad de la paciente, tamaño y localización del tumor, presencia del dolor, síntomas comprensivos, cantidad de la hemorragia, el deseo de la paciente por futuros embarazos y patología asociada.

INDICACIONES:

Puntualizando debemos considerar que las indicaciones primordiales para realizar Miomectomía son: conservar y mejorar la función reproductiva. Es importante siempre tomar en cuenta el deseo de la paciente de tener embarazos en el futuro, no importando mucho la edad, indudablemente tenemos que ser más conservadores cuanto más joven sea la paciente. Otro aspecto que no debemos olvidar es también la importancia que para muchas pacientes tiene el conservar Ja función menstrual, dado el gran significado psicológico que para ella representa como signo de feminidad. Así puede ocurrir que en algunas pacientes predispuestas la histerectomía desencadene o agrave trastornos neuróticos por el mero hecho de saber que no menstruarán en el futuro.

Antes de pensar en la Miomectomía con el objeto de mejorar la fertilidad, consideramos necesario un estudio completo para descartar otros factores que podrían ser más importantes en el mantenimiento de su condición tales como ciclos anovulatorios, esterilidad tubaría, o infertilidad del marido, etc., etc. Una vez descartados los factores antes mencionados y que aparentemente Ja causa de su infertilidad sea motivada por la miomatosis; tenemos la obligación de aclarar al paciente que: 1) No podemos darle garantía absoluta de gravidez post-operatoria puesto que solamente en un tercio de los casos miomectomizados se embarazan (2). No es posible prometerles antes de la operación que se hará únicamente miomectomía para conservar su matriz, porque puede ser que la histerectomía sea el procedimiento más apropiado, (13). 3). Que la cesárea en caso de embarazo después de la miomectomía puede ser el procedimiento adecuado o por lo menos discutido.

CONTRAINDICACIONES:

1). **Edad.** La edad mínima admitida por el mayor número de autores es de 35 años, 12) casadas o no, puesto que las no casadas experimentan satisfacción de sentirse capaces de poder ser madres. Sin embargo, en

circunstancias especiales, tales como matrimonio tardío. Dicha indicación puede extenderse hasta los 40 años.

2) Procesos anexiales: a) Salpingooforitis crónica bilateral irreparable, b) Hidrosalpinx bilateral masivo, c) Piosalpinx agudo, d) Afecciones malignas.

3) Embarazo: El embarazo no constituye una contraindicación absoluta para la miomectomía; pero las experiencias demuestran que el manejo conservador dá los mejores resultados.

Los miomas complican raramente el embarazo, pero cuando lo hacen pueden acarrear serios problemas. Condicionando, por consiguiente, una individualización y manejo cuidadoso del caso.

La ocurrencia de alteraciones de los miomas tales como cambios agudos degenerativos que no responden al tratamiento conservador, crecimiento rápido del tumor, torción del pedículo y cuando por su localización obstruye el canal del parto, obliga a volverse intervencionista en lo que al mioma respecta pero conservador en relación al embarazo.

Aunque la miomectomía durante el embarazo no es procedimiento sencillo, expone a serias complicaciones tales como hemorragias incontrolables, que pueden obligar a practicar la histerectomía con la pérdida del embarazo. El aborto post operatorio es otro peligro sobre todo cuando los nodulos miomatosos son numerosos, requiriendo indicaciones múltiples, pesentando esta complicación en los dos tercios de las pacientes. La miomectemía, no implica mayor peligro cuando el tumor es pediculado. Siendo estos miomas pediculados les que constituyen la indicación ideal para uu extirpación durante el embarazo.

La cesárea y miomectomía es un procedimiento de mucho riesgo, especialmente cuando los miomas son múltiples e intramurales. Es una operación que debe **evitarse**, el riesgo elevado de hemorragia y/o infección puerperal después de miomectomías extensivas, en el momento de una cesárea, hablan en contra de este procedimiento.

MATERIAL

Hemos revisado un total de 375 casos de Fibromiomatosis uterina tratados quirúrgicamente desde enero de 1961, hasta diciembre de 1965 (5 años). Del total de casos, a 334 (89.1%) se les practicó histerectomía y a 41 (10.9%) miomectomía. Estos corresponden a dos hospitales privados (57.3%) y al Hospital General (42.7%).

De los 41 casos de miomectomía el 39% correspondían al Hospital General y el 61% a casos privados (Gráfica N° 3).

RESULTADOS :

En lo que se relaciona con la edad, se practicó mayor número de miomectomías en pacientes comprendidos entre los 21 y 35 años; siendo frecuentes en los extremos de la vida reproductiva.

El mayor número de pacientes (22) a quienes se les practicó miomectomía, no tenían antecedentes de embarazos. En las 19 pacientes restantes ocurrieron 51 embarazos.

De los 51 embarazos, 35 fueron partos a términos y 16 abortos.

El mayor número de pacientes (12) tenían como antecedente 1 parto o 1 aborto.

EMBARAZOS POSTMIOMECTOMIA

Muy pocos casos han sido seguidos después de su intervención; de los cuales 8 han logrado embarazo. De éstos, 5 han tenido partos normales, ningún aborto, 1 cesárea y 2 que están embarazadas en la actualidad.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1.—Debemos mencionar que se hicieron varios estudios previos a las **miomectomías**, tales como: Citología Vaginal, Histerosalpingografías, legrados, biopsias, pruebas biológicas de embarazo, etc.; todos estos estudios son de mucha importancia para realizar esta clase de cirugía, pero de todas ellas sobresalen tanto las pruebas biológicas de embarazo, como coadyuvantes en la selección de los casos para precisar el diagnóstico y evitar con ello intervenciones innecesarias como la citología y legrado biopsia, especialmente realizados para descartar lesiones de tipo maligno.
- 2.—Tal como se demostró, los casos privados revisados resultaron más numerosos que los del Hospital General. Las miomectomías fueron por consiguiente en mayor número, sin embargo creemos, que si estos casos hubieran sido manejados por ginecólogos, dichas miomectomías hubieran sido aún más y las histerectomías que fueron practicadas con mal criterio por los cirujanos generales se hubieran reducido.
- 3.—Se realizó miomectomía en dos pacientes mayores de 40 años por tratarse de pólipos miomatosos pediculados del cuello que se extirparon por torsión.
- 4.—La cirugía conservadora del útero debe garantizar una buena función de reproducción en el futuro.
- 5.—La miomectomía es un procedimiento quirúrgico a escoger en el manejo de miomas uterinos sintomáticos en mujeres con deseos de tener hijos.
- 6.—Al practicar cirugía conservadora del útero, debe descartarse cualquier otra patología por medio de exámenes complementarios tales como: citología, legrado **biopsia**, histerosalpingografía, etc.
- 7.—Toda paciente con diagnóstico clínico de Miomatosis Uterina debe tener pruebas biológicas de embarazo previas a la intervención quirúrgica.
- 8.—Al practicar miomectomía con el propósito de mejorar la fertilidad, no se le debe garantizar a la paciente futuros embarazos.
Tampoco debe prometerse miomectomía a todas las pacientes, porque en el momento del acto quirúrgico la histerectomía podría ser la intervención de elección.
- 9.—Muchas de las conclusiones anteriores no son consideradas por los cirujanos generales, por lo que creemos que este tipo de cirugía debe ser realizada siempre por ginecólogos.

RESUMEN:

Nuestro trabajo consiste en la revisión de 375 casos de fibromiomatosis uterina, tratados por ginecólogos y cirujanos generales en hospitales de la ciudad de Tegucigalpa.

De éstos 375 casos a 334 se les practicó histerectomía y 41 miomec-tomías, o sea que el 10.9% fueron casos de cirugía conservadora.

El mayor número de miomec-tomías se practicó en pacientes con edad comprendida entre los 26 y 40 años; siendo raros los casos en la edad extrema de la vida reproductiva.

En las 41 pacientes tratadas por miomec-tomía había antecedentes de 51 embarazos de los cuales 35 terminaron en parto normal y 16 en aborto.

Hubo pocos casos de pacientes con antecedentes de más de dos em-barazas.

SUMMARY

375 cases of uterine leiomyomatosis are reviewed by gynecologists and general surgeons in Tegucigalpa. Hysterectomy was performed in 334 cases and in the rest (41 — 10.9%) conservative surgery by simple myo-mectomy was carried out most of these cases occurred between 26 and 40 years of age finding only rare cases in the reproductive life span. There was an antecedent of 51 pregnancies among the patients treated by myo-mectomy, 16 of which ended in abortion.

- 1.—AHUMADA, J. C: Tratado Elemental de Ginecología. 3^a Ed. P. 52. LyE. Ed. 1952.
- 2.—BONNEY, V.: Fruits of Conservaron: J. Obst. Gyn. British Empire, 44: 1, 1937.
- 3.—BORRAS, P. E.: La Kemostasia previa en la Cirugía Conservadora del Músculo Uterino. Anales de la Cátedra de Clínica Ginecológica de la Fac. de Med. de Rosario Bs. As. 1942.
- 4.—BORRAS, P. E.: La Miomectomía como Cirugía Conservadora; Loe. Cit. 1944.
- 5.—GUERRERO, C. D.; Cirugía Conservadora en Ginecología. Sus Fases Fisiológicas y sus Resultados. Ginec. y Obst. de México, 9: 375, 1954.
- 6.—ISRAEL, S. L.; MUTCH, J C: Myomectomy Clin. Obst. Gyn. I: 407, 1958.
- 7.—KIMBROUGH, R. A.: General Considerations in the Tratment of Myoma Uteri. Clin. Obst. Gyn. 1: 437; 1958.
- 8.—MORTON, C. G.: Symptoms and Signs of **Fibromyomas** of the Úteros. Clin. Obst. Gyn. 1: 407, 1958.
- 9.—NICHOLSON, E.: Relato al 2º Congreso Argentino de Obst. y Ginec. de Buenos Aires, 1934.
- 10.—NOVAK, E. R.: Beninty and Malignant Changes in Uterine Myomas. Clin. Obst. Gyn. 1: 455, 1958.
- U.—NOVAK, E. R.; SESGAR JONES G., JONES Jr., H. W.: Tratado De Ginecología; 7^a Ed. Editorial Interamericana, S. A. 1966.
- 12.—PARSONS and SOMMERS: Gynecology. W. B. Saunders Company.' Philadelphia and London, 1962.
- 13.—TE LINDE, R. W.: Operative Gynecology. Lippincott, **Philadelphia**. 1946.
- 14.—WILLSON BEECHAN, Corrington: Obstetric and Gynecology. 2nd Ed. The C. V. Mosby Co.: 627, 1963.