

TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES UTERINAS

por el doctor

F. TERRADES

Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de
Barcelona.

Un capítulo muy importante de los desplazamientos uterinos es el de las desviaciones, cuya semiología abarca todos los extremos: desde la mujer que no experimenta trastorno alguno doloroso ni alteración menstrual, a la que es objeto de abortos repetidos, sufre dolores menstruales crueles, tiene menorragias o presenta trastornos a distancia los más variados, cefalalgias, alteraciones gástricas, palpitaciones, estreñimiento, etc. Para complicar más el cuadro, existen muchas enfermas en las que, a cualquiera de las modalidades dichas, se suma un estado neuropático independiente o ptosis múltiples, tipo GLENARD, que hacen muy difícil la apreciación de lo que a cada cosa corresponde, tanto más cuanto estas asociaciones no son caprichosas o casuales, sino que responden a trastornos funcionales del gran simpático. Sin llamar la atención de los ginecólogos, como las neoplasias, por no tener un substracto anatómico tan ostensible, ni ser por sí mismo causa de muerte, llega en ciertos casos a hacer la vida imposible y dificulta en muchos el embarazo, por lo que, junto con su gran abundancia, constituye, podemos decir, un problema importante de la práctica cotidiana.

No es mi objeto dar detalles anátomo-patológicos sintomáticos ni de diagnóstico de las retroversiones y las retroflexiones de que trataré en común. Muchas de ellas, aun siendo congénitas, sólo con los años se dejarán sentir, más pronto si la mujer se casa, más tarde si permanece soltera, todo ello en relación con la mayor actividad que se imprima a la vida sexual; no es raro ver mujeres que de solteras tenían trastornos ligeros, que se acusan grandemente algún tiempo después de casadas; otras mejoran si pueden tener un hijo; pero también es cierto que hay desviaciones antiguas que no producen trastorno alguno y que lleguen a la menopausia sin necesidad de ser tratadas. Conviene, pues, ante un caso de retrodesviación, aquilatar concienzudamente la participación que ésta tenga en la producción de los trastornos generales y locales que acuse la enferma para saber si procede someterla a tratamiento local y, sobre todo, antes de hacerle correr los riesgos de una operación aunque sean pequeños. Para ello nos será un precioso dato el conocimiento de la instalación paulatina y sucesiva de los síntomas: primero, locales, y luego, generales; la acusación persistente de menorragias o dismenorreas, el dolor fuerte provocado por una histerometría correcta, el avivar las sensaciones molestas o despertar reflejos simpáticos a distancia con la movilización uterina y, sobre todo, la inutilidad de los

tratamientos instituidos para curar los fenómenos a distancia: gastralgias, estreñimiento, palpitaciones, irritabilidad de carácter, etc. Todo esto indicará la necesidad de tratar activamente una retrodesviación con grandes probabilidades de éxito total; procediendo de ligero a corregir todas las retrodesviaciones, nos exponemos a vernos decepcionados en muchos casos por no ver curados síndromes que en nada dependían de ellas. Dicho está que tampoco hay que corregir las desviaciones que no den síntomas molestos.

Si descubrimos la retroflexión después de un parto o un aborto con útero subinvolucionado o con metritis, es posible obtener una curación perfecta apresurando la involución uterina y curando la inflamación de sus paredes, pues si la inflamación de una mucosa trae consigo la relajación del plano muscular subyacente, la curación de esta inflamación traerá aparejada la devolución del tono muscular perdido.

Entre los medios de que disponemos para curar una desviación reciente, existen en primera línea los taponamientos vaginales con largas tiras de gasa empapadas en parte en glicerina ictiolada al 10 % y moderadamente apretadas, renovadas todos los días; a la acción higroscópica y descongestionante de la glicerina y del ictiol se suma la columnización vaginal que sostiene el útero y evita la congestión venosa. Al mismo tiempo pueden hacerse toques intrauterinos con solución acuosa yodoyodurada (5 %), formal (2 a 5 %), solución normal de percloruro de hierro, etcétera, según las circunstancias; su acción se extiende no sólo a la curación del catarro cervical, que casi siempre existe, sino también a provocar contracciones uterinas, muy beneficiosas en las retroflexiones por subinvolución; es conveniente preceder el toque de una histerometría que rectifique la posición momentáneamente. Si la metritis es algo intensa, estas curas deben vigilarse y no pueden hacerse a diario; entonces será conveniente alternarlas con irrigaciones calientes de larga duración (15 a 30 minutos), que descongestionan y resuelven admirablemente la infiltración de la submucosa y de los ligamentos útero sacros, agente principal de muchas retroversiones típicas. A este respecto, las aguas de Santa Coloma de Farnés, en las enfermas dominando las neuralgias; las de Caldas, en las artríticas; las de la Toja y Salies de Bearn, en las linfáticas, o las de Luxeuil, sientan admirablemente combinando la balneación con la irrigación continua con ejercicios de posición genu-pectoral una o dos veces al día. La diatermia, por su efecto resolutivo y sedante de los dolores, en-

encuentra también aplicación, en algunos casos, para corregir síntomas, pero conviene ser con ello muy circunspecto y no aplicársela en las proximidades del período menstrual, porque puede aumentar la congestión y los dolores; más indicada está, quizá, en los casos de adherencias directas, las cuales reblandece y permite vencer con las maniobras mecánicas de enderezamiento uterino con la mano o con el histerómetro, maniobras que nunca deben ser violentas si no queremos exponer a la enferma a traumatismos internos, ciegos y peligrosos; la diatermia es sólo un coadyuvante al que no puede concederse un gran valor. También las enfermas atónicas en las que todo elemento inflamatorio haya desaparecido y cuya retroflexión no sea muy acentuada, se puede sacar mucho partido del baño de mar, expuesto el cuerpo a las rompientes de las olas y de la irrigación vaginal fría a buena presión y muy corta. En estas mismas circunstancias pueden ensayarse algunas aplicaciones de laminarias si se trata de una típica retroflexión para estimular la contractilidad de la zona muscular del istmo; este recurso es completamente inútil en las retroversiones, porque la mala posición no depende de la atonía del útero, sino exclusivamente de la de los ligamentos que le sostienen, redondos, útero-sacros y conjuntivo-paramétrico.

Como coadyuvantes internos a estas medicaciones, tenemos los descongestionantes (hidrastis, viburnum) y la tónica de la fibra uterina (ergotina, nuez vómica, hipofisina), debiendo hacer indicación especial de la quinina que, tomada a dosis moderada de 30 a 50 centigramos al día, 4 ó 5 días antes de la menstruación, es muy útil para combatir las neuralgias que preceden a la regla.

Los pesarios son un buen auxilio del tratamiento, y a veces procuran un alivio definitivo. Soy poco partidario de los tallos intrauterinos dejados varios días seguidos, porque son muy propensos a producir metritis que agravan la situación. El pesario más útil es el de HODGE, sobre todo en las versiones puras, porque, apoyándose en el cuerpo perineal empuja el fondo de saco vaginal posterior, distiende los ligamentos útero-sacros y tira del cuello hacia arriba y atrás, haciendo bascular el cuerpo hacia delante; así se comprende que en las retroflexiones cuyo punto flaco está en el istmo, por más que el pesario tire del cuello hacia atrás, el cuerpo no bascula y la flexión se acentúa agravándose a veces con fenómenos dolorosos por gravitar el fondo del útero sobre el polo superior del pesario.

Estos pesarios pueden estar aplicados durante el curso de los tratamientos antes indicados, y aun después, durante años con tal que cada dos o tres meses se saquen para proceder a su limpieza. Tienen la ventaja de que no impiden el coito ni la concepción, y si se da esta última contingencia, no hay que quitarlo hasta los tres meses, con lo cual se evita el aborto y la incarceration del útero grávido; de ello tengo recogidas muchas historias clínicas. El pesario, pues, es un buen medio de tratamiento en los casos leves, facilita la concepción y disminuye los trastornos di-

rectos y reflejos, y si no representa una curación definitiva, puede elevarse a tal facilitando un embarazo y una buena regresión uterina o permitiendo llegar a la menopausia y a la atrofia definitiva del útero; pero aun no curando, por el alivio que proporciona, nos permite pronosticar sobre el resultando del tratamiento operatorio, al cual habrá que llegar en definitiva si todos los recursos indicados no han dado el resultado apetecido.

Tratamiento operatorio.

Las operaciones practicables para reducir definitivamente un útero retrovertido, actúan sobre el mismo útero (histeropexias) o sobre los ligamentos que le sostienen, preferentemente los redondos (ligamentopexias). Las operaciones del primer grupo se reducen a dos tipos: histeropexia vaginal e histeropexia abdominal; las del segundo grupo son: el acortamiento extra abdominal de los ligamentos redondos (tipo ALEXANDER) y el plegamiento intra-abdominal (DOLERIS), cada uno con múltiples variantes, hijas más del afán de notoriedad o de la fantasía, que de la necesidad.

Las pexias uterinas han caído bastante en desuso; tienen, sin embargo, algunas indicaciones. La histeropexia vaginal constituye, en ciertos casos, uno de los componenetes plásticos de grandes prolapsos vaginales que, a más de una retroflexión muy acusada, reúnan la circunstancia de ser menopáusicas la paciente; sin esta última condición, no debe hacerse porque en caso de embarazo perjudicaría su desarrollo, y yo no puedo aconsejar para este caso hacer la esterilización de la mujer, máxime habiendo medios plásticos para operar los prolapsos genitales más grandes sin comprometer en lo más mínimo la función maternal, según he demostrado en mi discurso de ingreso en la Real Academia (1). En las condiciones que acabo de citar la he practicado 48 veces; fuera de ellas, y para corregir simplemente una retroflexión, la histeropexia vaginal no tiene ventaja alguna.

Histeropexia abdominal. Estuvo muy en boga años atrás y todavía es recomendada por algunos para corregir retroflexiones adheridas y para fijar el útero en casos de prolapso. Fué divulgada en Alemania por LEOPOLD y CRESNY; en Francia, por TERRIER, y en España, por FARGAS. Sólo la he practicado 24 veces: en 17 de los casos, con ocasión de extirpar anexos enfermos y en un caso como complemento de plásticas vaginales por un gran prolapso de una de las enfermas que había tenido dos embarazos y partos normales. A pesar de su sencillez y ausencia de mortalidad operatoria, hace años que la he abandonado, sustituyéndola cuando está indicada por la ligamentopexia, de que luego me ocuparé. El principal inconveniente consiste en dificultar la expansión del útero grávido, por lo cual, cuando se recurre a ella,

(1) La dinámica pelviana como base del tratamiento quirúrgico de los prolapsos útero-vaginales.

es preciso no fijar a la pared abdominal más que la parte de pared anterior del útero más cercana al último, dejando el resto libre. Aun en los grandes prolapso uterinos no es aceptable sino va acompañada de buenas plastias vaginales, pues con el tiempo se producen estiramientos y el prolapso se reproduce, según he tenido ocasión de ver más de una vez. De modo que actualmente casi podemos decir para simplificar, que las operaciones para corregir las retro-desviaciones uterinas se reducen al acortamiento de los ligamentos redondos, bien por el proceder de ALQUIE-ALEXANDER, bien por la vía abdominal.

Sería imposible hoy recoger ni siquiera enumerar la literatura concerniente a la operación de ALEXANDER y a la operación abdominal; las discusiones son de todos los tiempos, pero hoy día en que todo parece que tiende a colocarse en un plano de medianía sosa, se va olvidando la operación de ALEXANDER, fiando en la relativa inocuidad de una laparatomía que dispensa de hacer una filigrana de diagnóstico o de aguzar la vista para buscar un ligamento redondo; una laparotomía, aun siendo sencilla, es algo que debe imponer un saludable respeto, porque un pequeño descuido puede ser mortal y no debe hacerse si puede ser sustituida por algo más inocuo, y este algo más inocuo es el ALEXANDER, que es más inofensivo que un raspado uterino. Enhorabuena que, cuando se diagnostiquen adherencias, o se sospeche una anexitis o un útero grande e irregular, nos haga temer la existencia de un pequeño mioma quizá causante de la retro, o haya un varicocele doloroso del ligamento ancho, se haga el acortamiento por vía abdominal, porque éstas son sus verdaderas indicaciones; lo mismo será si hay una anexitis, un quiste ovárico o una apendicitis, en que el daño uterino pasa a segundo término; pase también que en la duda de que existan otras lesiones se opte por la laparotomía; pero no puede admitirse que esta duda se erija en norma de conducta y sirva de excusa para todos los casos; ni siquiera la abona la posibilidad de hacer la resección del nervio presacro en los casos dolorosos, porque muchísimos dolores menstruales se corrigen con sólo regularizar la situación uterina. No se crea tampoco que sean mayoría las retro-desviaciones operables que tengan complicaciones, según veremos en la estadística personal que transcribo más abajo.

Pero la operación de ALQUIE-ALEXANDER, además de la inocuidad, tiene otras ventajas bien apreciables aunque un tanto olvidadas. La mayor parte de retroflexiones que tienen alguna fecha van acompañadas de endometritis fungosa y menorragias, que hay que curar con un raspado previo; la hipertrofia del cuello que acompaña con frecuencia a la retroversión de las solteras y nulíparas, conviene también ser operada previamente; lo mismo puede decirse de las retroversiones con prolapso en las jóvenes. En todos estos casos, el ALEXANDER es más a propósito que la laparotomía para hacerlo en la misma sesión operatoria. Además, tocante a la operación en sí, es indudable que es la más fisiológica porque, conservando la unión

natural del útero a la pared abdominal, no hace más que reducir la longitud excesiva de sus ligamentos redondos suprimiendo la parte más delgada y menos musculosa de los mismos, que es la inmediata al anillo inguinal; por esto no perjudica lo más mínimo el embarazo y, según he tenido ocasión de ver en 14 casos, después de uno o varios partos, el útero ha conservado su corrección. A este respecto es muy superior a la operación abdominal, que sólo deja utilizable para la expansión uterina un pedazo muy corto de ligamento.

A la poca afición que se observa a practicar el ALEXANDER, ha contribuido mucho el temor de no encontrar el ligamento; en esto se ha exagerado. Es verdad que en una mujer gorda y de malas aponeurosis a veces hay dificultad y puede uno desviarse del camino. Para evitarlo, es preciso tener el campo limpio de sangre, descubrir bien el anillo inguinal reconocible por el tapón grasoso de IMLAC y las fibras arciformes que forman bucle al anillo; incidir un par de centímetros la pared anterior del conducto inguinal y pinzar las fibras nacaradas de dentro del conducto que corren a lo largo del ángulo que forma la aponeurosis del oblicuo con el ligamento de FALOPPIO; al mismo ángulo existe siempre el ligamento redondo aunque a veces son tan delgadas sus fibras terminales, que más de un cirujano, por no encontrarlo, juzgándose benévola, se ha creído en presencia de una anomalía; en cerca de 300 casos que he buscado en el ligamento redondo en el anillo inguinal, no he podido encontrar semejante anomalía; pero una vez era tan endeble este extremo, que al tirar de él se rompió, se retrajo el extremo abdominal y no pude volver a cogerlo.

Acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos.

Sólo cuando exista alguna lesión abdominal (adherencias, varicoceles, ovaritis, apendicitis, etc.), está plenamente justificada la operación abdominal; y es claro que su número aumentará tanto más cuanto menos seguridad tenga el ginecólogo en sus diagnósticos, porque en la duda debe inclinarse por la laparotomía, pero nunca teniendo como único pretexto la inocuidad de ésta.

De todas las variantes que se describen, debemos desechar la plegadura simple del ligamento (RUGGI, WYLIE), la plegadura con fijación a la cara anterior del útero, la unión de un ligamento con otro por delante del útero, la unión de los mismos por detrás y todas las que dejen subsistente la primitiva unión de la parte más delgada del ligamento al anillo inguinal, porque son muy expuestas a recidivas toda vez que sigue siendo este punto débil el que ha de sostener el útero. En consecuencia, sólo puedo admitir como buena la fijación del ligamento por su parte media a la aponeurosis abdominal, atravesándola por un ojal practicado cerca de la parte inferior de la incisión laparotómica (DOLERIS); con ella la atadura débil del ligamento redondo al anillo inguinal

queda sustituida por otra más sólida y duradera. Es una operación de técnica fácil y que permite el desarrollo normal de un embarazo, a la cual he recurrido 113 veces sin mortalidad alguna.

Unas cuantas cifras darán idea de lo que en la práctica se presenta cuando no se es exclusivista.

En 326 retro-desviaciones en que he tenido que recurrir al tratamiento cruento, descontando 48 histeropexias vaginales por prolapso en que la pexia es solamente una pequeña parte del tratamiento plástico, quedan 278 casos, repartidos como siguen:

Histeropexia abdominal: 24. ALEXANDER (50 %): 141. Ligamentopexial abdominal (DOLERIS): 113. Total: 278.

Mortalidad operatoria: 0. Han tenido hijos: 125 (esta cifra es inferior a la real por haberse perdido la relación de muchas enfermas).

Las histeropexias abdominales son de fecha antigua, y casi todas fueron motivadas por adherencias o ligera anexitis, en las que hoy haría la ligamentopexia de DOLERIS.

Los casos de ALEXANDER, absolutamente simples, sin raspado, amputación de cuello ni otra intervención vaginal, son 85. Las ligamentopexias abdominales sin adherencias ni anexitis son 55, y aun muchas de ellas, motivadas por otras conveniencias o por el deseo de corregir un varicocele concomitante; de modo que, depurados bien, podríanse reducir a 30 solamente los casos en que la duda inclinó la balanza en favor del DOLERIS.

Por cuanto llevo expuesto, puede verse, sin esfuerzo, que la operación de ALQUIE-ALEXANDER debe ocupar todavía un sitio preponderante en el tratamiento operatorio de las retro-desviaciones uterinas, no mermado por la relativa inocuidad de la laparatomía; haciendo notar de paso que quienes más desprecian aquélla, son frecuentemente los que menos autorizados están para abrir un abdomen.

Téngase bien presente que una muerte de una operada de retroflexión tiene más importancia que 10 muertes de operadas de anexitis o carcinoma.