

MIOMAS DEL ÚTERO

por el doctor

J. COMAS CAMPS

Médico Director del Hospital de la Magdalena

Evolución de los miomas uterinos.—Sumamente variada es la posible evolución de un mioma uterino y ello se desprende ya del condensado estudio clínico y anatomopatológico que hemos expuesto anteriormente. Conservando su benignidad histológica puede por sola acción mecánica de volumen o situación ocasionar graves trastornos que indiquen la absoluta necesidad de una intervención quirúrgica. Por la abundancia de las hemorragias debe en muchas ocasiones intervenir el ginecólogo modificando su espontánea evolución por terapéutica física u operatoria. Por complicaciones sépticas requieren también acción terapéutica enérgica y decisiva. Cuando sufren degeneración maligna, la cirugía se impone y el pronóstico queda ensombrecido por la posible recidiva.

Espontáneamente el fibromioma del útero puede evolucionar absolutamente silencioso, indagnosticado y sufrir antes o después de la menopausia una atrofia casi completa. Aun diagnosticado, pero sin indicación de intervención, puede el mioma terminar por atrofia total o relativa y llegar a una negatividad absoluta de síntomas. Y ello es frecuente en la puerperalidad y en la menopausia. Finalmente el mioma puede eliminarse espontáneamente por parto de un pólipo fibroso, y en excepcionales casos de calcificación, como cuerpo extraño, por la pared abdominal, recto o vejiga.

Tratamiento de los miomas del útero.—Es evidente que el exponer criterios terapéuticos referentes a miomas uterinos en forma de generalidades o en condensaciones esquemáticas es tarea muy difícil y resulta siempre incompleta en dolencias cuya indicación de intervención depende no de su patología en sí, sino de sus manifestaciones clínicas y anatomopatológicas tan variadas y tan variables. En pocas ocasiones el juicio personal del especialista tiene un valor tan decisivo en materia de elección de una u otra terapia activa, de un tratamiento sintomático o de una abstención absoluta. Procuraremos condensar, pues, con las reservas expuestas, la conducta a seguir en los más frecuentes casos y circunstancias que en clínica se presentan y luego expondremos nuestro modesto criterio de conjunto sobre las dos terapias que hoy se disputan la supremacía de indicaciones y la bondad de mínimo riesgo con prácticamente idénticos resultados: *la cirugía y la irradiación.*

Todo mioma cuyo volumen se mantiene dentro los

límites de una naranja y aun algo más y que no ocasiona molestias de compresión, ni hipermenorrea o polimenorrea anemiante, no debe ser objeto de ninguna terapéutica y si sólo de una vigilancia periódica (cada 8 meses a 1 año).

Cuando un mioma del tamaño expresado da como único trastorno una hipermenorrea (menorragia) o polimenorrea (véase nuestro esquema fig. 1) en enferma joven y que desea tener hijos o aumentar su prole, podemos contentarnos con un tratamiento paliativo (reposo durante las reglas, reforzar la contracción del miometrio con preparados de cornezuelo, curas termales (Salies de Bearn) y todos los medios farmacológicos e higiénicos destinados a combatir la anemia y sostener el estado general) o bien proponer la operación conservadora (*miomectomía*), cuando un minucioso examen de su estado general no la contraíndique. La vigilancia de estas enfermas, que no se operen, debe ser más frecuente que para el caso anterior.

En los casos en que las pérdidas de sangre cíclicas (hipermenorrea, polimenorrea) alcancen proporciones serias y resistan a un tratamiento sintomático, *debe aplicarse una terapéutica activa, cirugía o irradiación*, sin esperar a que las enfermas se anemien y presenten los trastornos que hemos expuesto, cardiopatías, etc. No es perdonable hoy día una contemporización o un descuido y es vergonzoso ver aún en ciertas estaciones termales enfermas miomatosas agotadas por varios años de pérdidas sanguíneas, transportadas en camillas desde los hoteles al establecimiento de baños, esperando (¿qué?) la curación, dicen, o la llegada de una ansiada menopausia.

Los miomas que por su volumen o situación provoquen trastornos mecánicos, deben ser operados, así como los afectos de complicación necrótica o séptica; en este último caso, con una serie de precauciones y detalles de técnica que no podemos describir y discutir en esta somera exposición.

Los miomas cuyo volumen sea superior a una cabeza fetal es de aconsejar que se operen, aun permaneciendo totalmente silenciosos.

Durante el embarazo.—Las indicaciones de una intervención son raras y sólo dependientes de las complicaciones que puedan presentarse. Cuando deba operarse se intentará, siempre que sea posible, practicar la miomectomía procurando no traumatizar el útero, enu-

cleando con un cuidado especial de no perder nunca el contacto con el tumor, practicar el *capitonaje* sin apretar mucho los puntos en U y procurando un reposo de contracciones con la administración de 3 a 4 centigramos de morfina durante los 5 ó 6 días que siguen a la operación.

Durante el parto.—Cuando al final de un embarazo o ya iniciado el parto se diagnostica un mioma enclavado, cuello desviado y cabeza fetal elevada, hay que operar.

Los pólipos fibrosos, sea cual fuere su fase de evolución (figura 2), deben operarse por vía vaginal, *con anestesia general* que permita una perfecta exploración que nos ilustre sobre la posible existencia y grado de una inversión uterina y permita seccionar el pedículo (estrangulador, tijeras, termo, etc.) *sin interesar la pared uterina*.

TERAPIAS APLICABLES A LOS MIOMAS UTERINOS.—Cirugía, fisioterapia; estudio y discusión de indicaciones y resultados. Ocurre en la defensa de los puntos de vista de la cirugía y la fisioterapia aplicadas al tratamiento de los miomas, lo que ha venido ocurriendo en tantas y tantísimas discusiones sobre tratamientos de diversas enfermedades que durante mucho tiempo se ha pretendido sostener como opuestos, cuando ya desde un principio deberían haberse considerado como concurrentes a un mayor éxito en consideración al presente y al futuro del órgano y función a él encomendada y al riesgo y beneficio del organismo todo.

Nosotros sostenemos desde hace muchos años la discusión solamente en este último terreno y tenemos publicadas apreciaciones fruto de nuestra práctica y observación (1925) (1) que los años sucesivos han confirmado en Congresos, academias y publicaciones de la especialidad.

HEGAR había observado ya en el siglo pasado, que después de la castración, la menopausia quirúrgica iba seguida de absoluta cesación de pérdidas en las enfermas miomatosas y que con el tiempo el tumor experimentaba una notable hipotrofia; exactamente igual que lo observado desde mucho antes con la menopausia natural.

Claro está que los resultados de curación práctica, que en muchos casos implican mucho más que la supresión de pérdidas de sangre, sólo se observaban en un determinado número de casos y correspondían a los miomas cuya manifestación sintomática y cuyo peligro eran sólo las metrorragias. Los rayos X al poder provocar la roentgencastración fueron la terapia de elección para todos los casos de este último grupo y su crédito hubiera permanecido incólume y sólo poco terreno hubiera tenido que ceder a la moderna cirugía conservadora (miomectomía), si no se hubieran extendido las indicaciones más allá de lo pertinente en sana clínica.

Resumiendo: La irradiación no debe intervenir en el tratamiento de los miomas submucosos, del cuello, los complicados con flogosis pelvi-anexial, los que han sufrido degeneraciones histológicas o mortificaciones mecánicas o flogísticas y aquellos que por su volumen o

topografía ejercen compresiones sobre órganos vecinos.

Para los restantes fibro-miomas puede elegirse entre la cirugía y la roentgenterapia teniendo en cuenta que se planteará la cuestión ante la enferma, con plena nobleza científica, o sea, que se considerará *contraíndicada la cirugía* en las miomatosas no comprendidas en las contraíndicaciones de los rayos X que resumimos en el párrafo anterior y que su estado general esté alterado ya por las prolongadas y abundantes pérdidas (anemias, trastornos cardíacos, etc.), ya por otras dolencias concomitantes (tuberculosis, nefropatías, cardiopatías, diabetes, etc.).

Para los casos en que la elección entre la irradiación y la cirugía sea planteable, debe exponerse claramente que los riesgos de la operación son mayores (reducísimos previa una meticulosa preparación preoperatoria), pero que precisamente estos casos de libre elección son los en que la cirugía conservadora es casi siempre aplicable y que la mujer queda curada conservando órgano y función (1) y aun en los casos en que la intervención tenga que ser una histerectomía subtotal, siempre podrá conservarse uno o los dos ovarios.

En los casos indicados la irradiación puede darnos una perfecta curación clínica, pero suprimiendo la función, provocando una menopausia, o sea, envejeciendo genitualmente a la mujer con todas sus repercusiones. Los riesgos de la roentgenterapia aplicada previo perfecto diagnóstico e indicación, son absolutamente nulos y las molestias del tratamiento, con las técnicas actuales, insignificantes.

Como conclusión y para rápida orientación del médico general, podremos, pues, resumir lo expuesto en la siguiente forma: *Cirugía, indicación absoluta* en todos los casos de contraíndicación de la irradiación; *elección* en los demás casos con posibilidad de conservación del órgano y función y siempre supresión del tumor. *Irradiación, indicación absoluta* cuando el riesgo operatorio sea agravado por cualquier causa en los miomas hemorrágicos; *elección* en estos tumores sin contraíndicación operatoria, resultado práctico perfecto, pero supresión de función y persistencia del tumor más o menos reducido.

La radiumterapia puede aplicarse al tratamiento de los miomas y tiene las mismas indicaciones y contras que los rayos X; parece que, según J. L. FAURE, ejerce una acción mucho más profunda sobre el volumen del tumor. Es de técnica muy delicada, tiene sus peligros (2 casos de muerte sobre 450 tratamientos, KUPFERBERG). Nunca se practicará un raspado uterino antes de la aplicación del radio.

La Ginecología dispone, pues, hoy en día, de recursos que le permiten en el diagnóstico y tratamiento de los miomas del útero llegar a una perfección que reduce a cifras muy pequeñas los graves peligros que para la vida y para la salud tenían estas dolencias hasta principios del siglo actual, peligros que cada día van reduciéndose más. Con la fisioterapia se han curado y se curan prácticamente miles y miles de miomatosas sin riesgo alguno. Con la cirugía podemos lograr en muchos casos conservar la mujer no sólo con su lozanía y juventud sexual, sino con su función reproduc-

tora y siempre con ahorro de los molestos trastornos de supresión ovárica, que según el perfecto estudio de TINEL provienen de un desequilibrio glandular (la supresión del ovario afecta a las suprarrenales y al tiroides), de un desequilibrio del tono neuro-vegetativo, de un serio trastorno humoral (metabolismo basal disminuído en las tres cuartas partes de los casos).

El médico general de la familia a quien las enfer-

mas acuden casi siempre para que les aclare las opiniones de los especialistas consultados y les aconseje en última instancia, debe poseer un concepto claro del estado actual de la terapia pertinente a cada caso clínico y a cada situación social. Si hemos logrado orientarle, nos consideraremos muy recompensados en nuestra modesta labor.