

## NORMAS CONSERVADORAS EN LAS OPERACIONES GINECOLÓGICAS ANEXIALES

por el doctor

**F. TERRADES**

Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona

Una comunicación del Dr. SOLER JULIÁ al reciente Congreso de Médicos de Lengua Catalana, sobre conservación del útero en el tratamiento de las anexitis bilaterales, y la discusión habida con este motivo, me hace creer que es hora de insistir sobre este punto, no precisamente para dirimir radicalmente una discusión antigua, sino para señalar el mal que esta contienda hace en los jóvenes médicos propensos siempre, como toda juventud, a los radicalismos. La agresividad de ciertos cirujanos vis a vis del aparato genital femenino, en donde se puede cortar largo sin peligro para la integridad individual y sin visibilidad de la mutilación, debe haber hecho escuela, porque hoy que todo el mundo es si no ginecólogo, por lo menos cirujano, las ideas fáciles, simplistas, son las que más arraigan. Por mi parte puedo decir que estoy alarmado de la frecuencia creciente cada año, con que veo enfermas a las que por pequeñas lesiones anexiales, algunas veces por sólo molestias de metritis persistentes, salpingitis ligeras u ovaralgias más o menos rebeldes, se les propone la supresión radical del aparato genital interno, creyendo así hacer cirugía brillante; en realidad lo único que resulta brillante es la estadística. La génesis de este proceso es muy clara; la medicina es cada día de más vastos horizontes, y mientras no se legisle muy seriamente como se hace en algún país, sobre el derecho a usar un título de especialistas dando al enfermo una garantía de suficiencia de la misma, como la había dado hasta ahora para todo lo que es enfermedad el título de médico, este título y la asepsia bien practicada da derecho a todos a meterse con todo. Un trastorno genital es motivo para una extirpación unilateral de anejos; mal tomada la indicación, el trastorno persiste, y entonces se piensa que la extirpación de ambos anejos es más segura y ejecutiva; pero como el útero dicen que ya no sirve para nada, para no exponerse a peque-

ñas molestias que desluzcan la operación y al propio tiempo para que ésta sea más segura (porque también reclama la enferma la curación matemática que se le ha prometido) se extirpa también el útero. Un útero extirpado y sangrante, unas trompas despellejadas, un ovario con pequeños quistes, son cosas que se pueden presentar siempre a los ojos espantados de la familia como justificante de una operación; y con todas estas cosas a la vez ya puede mostrarse con aire triunfal de super-hombre seguro del éxito, y la enferma ya puede darse por satisfecha con haber salido bien de la operación aunque mutilada para toda la vida, mutilación que no quisiera para sí el operador.

Esta relación podrá no ser científica, pero es de una realidad que asusta, y es preciso emprender una campaña para disminuir esta agresividad quirúrgica contra el aparato genital femenino. Cuantos sientan cariño por la especialidad ginecológica deben contribuir a colocarla en el nivel científico que se merece, sacándola de la práctica adocenada en que parece sumirse. Con esta modesta nota me permito insistir sobre la conveniencia del conservadurismo erigido por norma, no por ley absoluto, de cuantas intervenciones o tratamientos debemos poner en práctica para curar.

En las lesiones perfectamente localizadas a un solo ovario o trompa no creo que a nadie se le ocurra hacer una castración bilateral so pretexto de hacer profilaxia; pero en todo hay gradaciones. A veces con un anejo inútil la trompa opuesta está congestionada y gruesa y quizá también el ovario, que con un folículo de Graaff maduro puede aparecer más grande de lo normal; esta condición se presenta cuando se lleva mucha prisa por operar, sin esperar a que el proceso flogístico se enfríe debidamente, cosa que debe ser frecuente hoy por circunstancias que la discreción hace callar. Estos casos se prestan a la duda, y ya en ella se opta por la extirpación para evitar recidivas que puedan ser deslu-

cidas, y con el mismo criterio, tras la extirpación de los anejos va la del útero; por esto, lo mejor es no operar hasta lograr la resolución de todo lo flogístico colateral; pero si por acaso nos encontramos en ello por sorpresa, nuestro criterio conservador se apoyará, primero, en la edad, porque si la mujer ha pasado ya de los 40 años y no tiene máximo interés en poder lograr un hijo, con menos motivo podemos ser más radicales. Pero el apoyo científico del conservadurismo lo buscaremos en la etiología del mal.

Si es de naturaleza estrepto o estafilocócica, seremos decididamente conservadores, porque sabemos que estos agentes se propagan por vía linfática casi siempre unilateral, y las alteraciones flogísticas perifocales se extienden a gran distancia, pero son resolubles totalmente sin dejar rastro ni alterar la mucosa tubárica, si no han llegado a la formación de pus, aun en aquellos casos que hay gran infiltración adematosa.

Si el origen es gonocócico el problema es más difícil de resolver, porque la conservación es más expuesta a una recidiva o a una nueva infección; pero así y todo, una medicación adecuada antes y después de la operación nos permitirá ser conservadores en muchos casos. Toda mujer que estime en algo su aparato sexual y la posibilidad de ser madre, agradecerá cuánto hagamos para ello; y si llega el caso desgraciado de tener que someterse a otra operación, sabrá comprender con una explicación franca de nuestro proceder, que no ha habido por nuestra parte culpa ni negligencia. Hay que hacer una salvedad en este punto. En iguales circunstancias en una mujer pobre que no puede cuidarse seremos más propensos a una extirpación doble, que no en la rica que puede medicarse convenientemente. Mas aun en el caso de que tenga que repetirse la operación, desde el punto de vista clínico nada tenemos que reprocharnos; una operación abdominal es tanto más grave cuanto más prolongada y cuanto mayor es el traumatismo; así, el tanto por ciento de mortalidad es mayor en la castración doble que en la unilateral; por mis estadísticas puedo decir también que la mortalidad operatoria de la castración bilateral es mayor de más del doble que la de la castración unilateral, lo que significa que en cien enfermas de castración unilateral en que tenga que repetirse la operación en los otros anejos, la suma de mortalidad de ambas operaciones será menor que si en los mismos cien casos se hubiera hecho la castración doble la primera vez.

Si la lesión tubaria es tuberculosa y hemos creído conveniente su extirpación porque sea supurada o por cualquier motivo que no es ahora del caso discutir, casi siempre hay lesión más o menos acentuada en el otro lado, por lo cual es conveniente en este caso la castración doble con extirpación de las trompas hasta el istmo y de todo el útero por poco sospechoso que sea. La conservación de un anejo tuberculoso, por poco que lo sea, después

de un traumatismo en el otro lado expone a un brote inflamatorio de mucha gravedad. Así, pues, en caso de etiología tuberculosa, si por alguna razón nos vemos obligados a intervenir, la operación debe ser muy radical; excepto en el caso de tuberculosis peritoneal con granulía superficial, en que lo mejor es vaciar la ascitis y cerrar el vientre.

En las inflamaciones antiguas o cuando se ha sabido esperar el enfriamiento y la retrocesión de las lesiones de vecindad, es frecuente encontrar adherencias que una vez deshechas dan la sensación de un aparato genital inútil: útero algo grueso y sangrante, trompas obturadas o retraídas en su pabellón, ovarios escondidos en un pliego de ligamento ancho, quizá algo gruesos por no poderse romper vesículas de Graaf maduras que están incluidas en las adherencias; sin embargo, todo esto es conservable la mayor parte de las veces. El útero, una vez sacado el magma de adherencias que lo envuelve, cohibidas las hemorragias por simple compresión con una gasa seca o por algún punto de sutura si está algo desgarrado, aparece normal, a menudo en retroflexión, y es susceptible de conservarse sin peligro a condición de que se fije por los ligamentos redondos a la pared abdominal para corregir la retro y la congestión vascular que ésta lleva consigo. Con respecto a las trompas, téngase presente que las plastias del pabellón no son una quimera sino una realidad; un pabellón obturado y quístico, se pueden retornar a su función fisiológica con una buena salpingostomía simple o combinada con la resección del extremo obturado; una enferma así tratada está en disposición de tener hijos, y esta consideración es suficiente para que procuremos conservar las trompas o por lo menos una, siempre que dejemos un resto de ovario. La objeción de que podemos favorecer involuntariamente la producción de un embarazo ectópico no tiene ningún valor, primero porque estos casos son más raros que los de embarazo normal, y segundo porque no sabemos todavía la patogenia del embarazo ectópico ni está probado que esto la favorezca; ni mis observaciones clínicas ni los experimentos de TEINTURIER y otros lo demuestran.

En cuanto a los ovarios, todavía se es más agresivo; un ovario desprendido de sus adherencias, grueso y con uno o varios folículos gruesos y a punto de madurez, y con el edema consiguiente a dificultades de la circulación de retorno, parece siempre algo informe; pero el ovario está dotado de gran vitalidad y su función no se anula fácilmente si no es por el B. de KOCH; la prueba de ello es que varias veces he encontrado mujeres que seguían menstruando regularmente después de una pretendida castración bilateral, las cuales a despecho del operador conservaban uno o los dos ovarios escondidos detrás del ligamento ancho y disimulados por adherencias planas; estos ovarios, liberados, funcionan mucho mejor y son aptos para la procreación. Por tanto, en una mujer joven hemos de hacer todo lo posible para conservar un

ovario o parte de él en correspondencia de la trompa que creamos más sana.

Pero suponiendo ambos ovarios tan enfermos que esté plenamente justificada su extirpación, ¿está por este solo hecho justificada también la del útero? Para mí, no. Los que tal hacen pretenden ante todo cubrirse diciendo que el útero sin los ovarios no sirve para nada; alegan luego la posibilidad de que continúen molestias por parte de este órgano que hagan aparecer como fracasada la operación; en tercer lugar, ponen la mayor facilidad de la operación en ciertos casos y la ventaja de poder dejar un buen drenaje en un fondo de pelvis completamente liso. Estas razones, que parecen muy concluyentes, merecen un serio análisis.

El útero es verdad que sin ovarios no sirve para la procreación, ni siquiera para la función menstrual; pero no puede conceptuarse inútil del todo. Un pequeño resto de ovario que quede adherido al ligamento ancho, puede darnos la sorpresa de que continúa manteniendo la menstruación, lo cual es una gran ventaja para la estática humoral de la mujer; si esto no sucede y la mujer es joven, cabe injertarle un trozo de ovario para llegar al mismo fin. No podemos tampoco decir que los productos que del miometrio y endometrio van a la sangre, sean completamente inútiles para conservar la nutrición de los órganos externos y por tanto del apetito sexual, así como asegurar mejor la estática pelviana; creo que algo de todo esto hay, porque he tenido ocasión de observarlo en numerosos casos que sería largo detallar, por lo que continúo creyendo que el útero sin ovarios, en una mujer joven, aún tiene utilidad.

Que un útero enfermo puede continuar causando molestias, es cierto; hay úteros muy enfermos que no se deben dejar, sobre todo los tuberculosos y los que son asiento de un metritis antigua muy intensa, que por sí sola causaba tantas molestias como la lesión anexial; pero esto son cosas de las que no se puede dar una medida exacta para que sirva de patrón, porque dependen tanto del estado anatómico del útero, como de la parte que a él corresponde de la sintomatología de la enferma, como de su edad, como de su estado social; en una palabra, depende del juicio sumarisimo a que la sometemos en aquel momento, de lo que llamamos ojo clínico. La mayor parte de las veces, la lesión anexial ha entrado en el útero ya sea por vía mucosa hacia las trompas y peritoneo, ya sea por vía linfática; pero en este útero ha dejado poca huella y aun ésta se sostiene por la repercusión en él de la lesión secundaria ovárica, peritoneal o salpingítica; de modo que muchas veces vemos que desapareciendo ésta, el daño uterino se borra también; a ello contribuye no poco el quietismo producido por la falta de congestión menstrual y la fijación en anteflexión; además, es fácil entonces curar leucorreas inveteradas con unas curas intrauterinas apropiadas, que ya no podrán agravar el

daño anexial que impedía antes un tratamiento activo. Es claro que hay que advertir a la enferma de la posibilidad de un tratamiento ulterior que quizá le desagrade, pero las ventajas superan a los inconvenientes.

Además de las razones apuntadas en pro de la conservación del útero siempre que sea posible, hay otra de capital importancia, y es la mortalidad operatoria, que siempre es algo mayor cuanto mayor es el traumatismo. Que la extirpación en bloque facilita la operación sólo es cierto para los casos en que éste está tan enfermo, que hay que sacrificarlo, pero no para los demás.

Queda la razón del drenaje. Esta la he tratado ya extensamente en otro artículo (1), por lo cual no haré más que sentar la afirmación de que el drenaje, cuando tiene por objeto, como casi siempre, aislar la gran cavidad peritoneal del sitio traumatizado o septico, es muy superior el abdominal que el vaginal, y por tanto, la presencia del útero no supone ningún estorbo.

En este alegato en pro del conservadurismo y del mínimo trauma operatorio no he querido mezclar números a pesar de contar unos cuantos cientos de intervenciones de esta clase, porque ni mi estadística ni la de nadie pueden servir de argumento si no se han vivido los casos, siquiera en parte, en la misma clínica; un criterio intervencionista inmotivado puede dar estadísticas de curación deformadas, puesto que en ellas entran casos que no debieran ser operados; por otra parte, un resultado lejano para deducir la morbilidad o la capacidad de procreación tampoco es apreciable en su justo valor, porque según el medio social en que se hace la estadística la enferma desaparece para siempre si goza de perfecta salud, y si tiene otras molestias puede acudir a otro colega sin acordarse para nada del que le quitó el mal mayor. Por el contrario, la observación detallada de los casos posibles, hace la experiencia y ésta no puede transmitirse bien más que a los que las aprecian al lado del ginecólogo, y de un modo vago e impreciso a los demás.

Como resumen diré, que no debe abrirse el abdomen sin una razón muy fundada de que hay un órgano inútil que conviene extirpar; que la extirpación no debe extenderse a sus vecinos por el solo pretexto de su inutilidad o de que ya está el vientre abierto y están un poco alterados; que en todo órgano que haya probabilidad de conservar su función debe hacerse en lo posible una operación conservadora, aun a trueque de una recidiva no probable, pero sí posible, sin que nos haga mella aquello de que las operaciones conservadoras son conservadoras de la enfermedad, lo cual no pasa de ser un chiste de mal gusto; que la conservación de la función augusta de la procreación debe ser el objetivo principal del operador después del de salvar la vida de la enferma.

(1) ARS MEDICA, noviembre 1928

## RÉSUMÉ

Dans son travail l'auteur défend le criterium conservateur érigé comme norma dans le traitement des affections gynécologiques. Il ne refuse pas les interventions chirurgicales radicales dans les cas où elles sont vraiment indiquées; mais il critique l'interventionisme escageré qui conduit à des mutilations absolument inutiles de l'appareil genital féminin.

## SUMMARY

In his work the Author defends the conservative criterium erected as a norma in the treatment of gynecological diseases. He does not refuse the radical surgical interventions where they are really indicated, but he criticise the escagerated interventionism which conduces only to innecessary mutilations of the femal genital organs.