

PROBLEMAS FISIOPATOLOGICOS DEL OVARIO RESIDUAL

DR. LUCAS MOLINA NAVIA

Los diversos aspectos de la fisiopatología del ovario encuadran, en su mayor parte, en el campo de la Cirugía Conservadora. Hemos seguido, durante muchos años, las orientaciones de la Escuela Latino-Americana de Ginecología, la cual ha patrocinado preferentemente, el perfeccionamiento de los métodos quirúrgicos funcionales.

Tomamos en seria consideración la *complejidad histofuncional del Ovario*. Es el principal obstáculo para las determinaciones quirúrgicas, puesto que debido a dicha circunstancia, no se puede vaticinar la respuesta del órgano ante las nuevas condiciones creadas por el acto operatorio. Sin embargo un hecho importante ha sido comprobado por la experiencia de los años, consiste en su extraordinaria facultad de recuperación funcional.

Los modernos conocimientos *endocrinológicos*, en la interdependencia *hipófisis-ovario-endometrio*, ha permitido establecer una orientación científica en la cirugía de la glándula ovárica, e interpretar con mayor precisión los síndromes post-operatorios.

Los trabajos de Walter Kock de la Clínica Universitaria de Santiago de Chile, ha servido para valorar la fisiopatología post-operatoria. Con dicho objeto ha realizado un estudio minucioso de carácter endocrinológico, utilizando todos los métodos auxiliares, que han sido integrados por el examen clínico. De estos importantes trabajos, han surgido los mayores conocimientos que iluminan actualmente la Cirugía Conservadora.

La *ley de la constancia folicular*, bajo cuya influencia se sostiene el ritmo gonadal endócrino o ritmo gametogénico, es fijo en cada especie. Constituye en esencia el grado de poder biológico en las facultades de recuperación. Es la *ley de la dinámica del ovario* que debe dirigir, en todos los casos, la mano del cirujano.

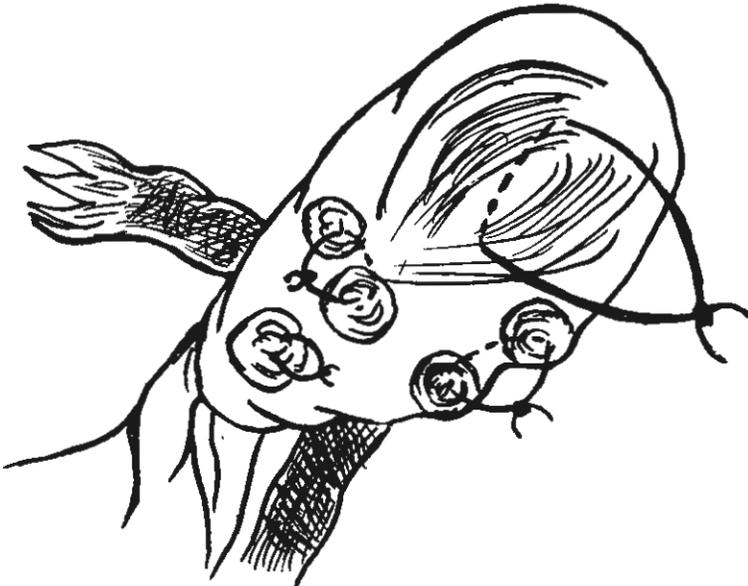
Los experimentos de Lipschutz sobre la *fragmentación ovárica* y los realizados en igual sentido por Haeckel y conocido con el nombre de *castración extrema de Haeckel*, han contribuido a aclarar el verdadero significado de ciertos procedimientos ultraconservadores. Tales experimentos y las comprobaciones clínicas de Kock y otros investigadores (Zondec) demuestran alteraciones orgánicas en los fragmentos residuales del ovario, en las estructuras uterinas y en la hipófisis. La traducción clínica consiste: en la hipertrofia quística de los fragmentos; en el hiperestrogenismo asociado a metrorragias funcionales, hipertrofia mamaria, etc.; e hipertrofia hipofisiaria acompañada de sus signos intracraneales y visuales. (Kock).

Los experimentos de parabiosis (140) de Bunster Eduardo y Meyer revelan perturbaciones ovario hipofisiarias.

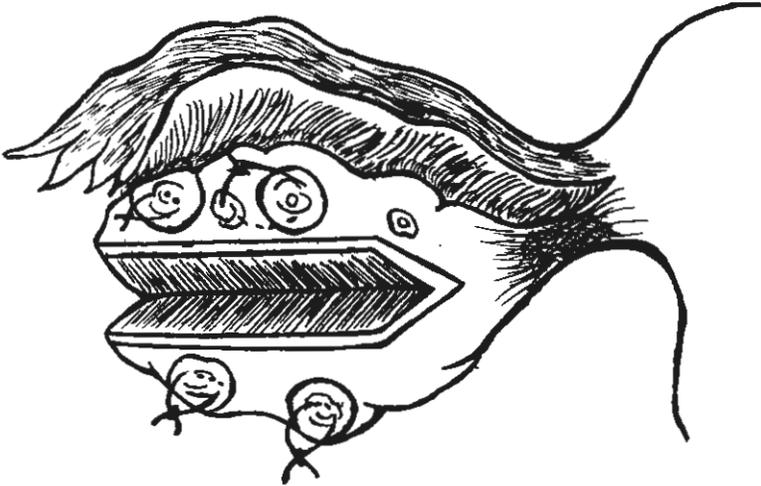
Otros experimentos en animales, en relación con la irrigación sanguínea



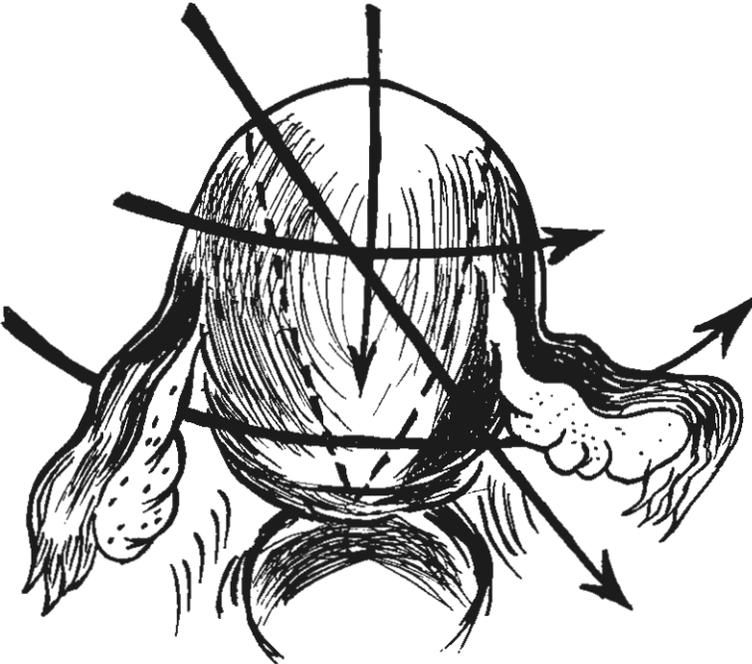
Técnica clásica. Resección parcial de ovario.



Drenaje capilar folicular de ovario. Técnica propuesta por el autor en substitución de la resección parcial del órgano, en los quistes a retención y ovaritis esclero quística.



Resección cuneiforme del ovario a lo Stein asociada al drenaje capilar



Posibilidades técnicas en la cirugía conservadora del útero, alguna de las cuales puede interesar la función ovárica.

de los ovarios (Clovis Salgado, Kross, Burfort, etc.), son concluyentes. La degeneración quística no es originada por la *ausencia de endometrio*, sino por las lesiones de la red vascular. Numerosos casos clínicos reafirman dicho concepto (Massabau y Guibal) y hoy constituye uno de los más sólidos fundamentos de la Cirugía Fisiológica.

El problema de la Fisiopatología del ovario residual considerado desde el punto de vista de la etiopatogenia.

Existe una relación patogénica estrecha entre las múltiples modalidades de la conducta quirúrgica sobre el aparato genital femenino y las causas nosológicas que motivaron dichas intervenciones.

Recordemos las posibilidades quirúrgicas:

- a) Ovariectomías uni o bilaterales.
- b) Ovariectomías parciales, cuneiformes y atípicas.
- c) Operaciones reconstructivas en caso de tumores benignos. (Schroeder, Dutra).
- d) Decorticación del ovario.
- e) Albuginectomía y ovariectomía exploradora.
- f) Extroversión del ovario.
- g) Drenaje capilar, folicular del ovario.
- h) Operaciones sobre el útero y trompas que repercuten en el ovario.

Analicemos algunas consecuencias fisiopatológicas de las técnicas anteriores en función de los procesos patológicos:

En primer lugar revisamos los procesos infecciosos, cuyo carácter ha cambiado con el empleo de los antibióticos y quimioterápicos. La gonococia, la infección post abortum, la infección puerperal y la tuberculosis genital.

En la gonococia, particularmente en la forma de pelviperitonitis crónica, sobreviene la degeneración fibroquística de los ovarios enclaustrados por la fibrosis plástica. La extirpación quirúrgica obliga en estos casos a intervenciones atípicas que dañan casi siempre de modo irreparable, la nutrición y el trofismo del ovario. Los métodos conservadores se enfrentan a sacrificios inesperados, dejando fragmentos de las glándulas desvinculados de la irrigación conveniente.

En la *Tuberculosis Tubo-Ovárica*, tratándose de una enfermedad evolutiva cuyas lesiones curan por la fibrosis, las resecciones parciales de la glándulas son contraproducentes y la salpingectomía lesiona con frecuencia la circulación ovárica, que sabemos propicia la degeneración quística, con las consiguientes alteraciones funcionales.

La *Endometriosis Externa*, de carácter progresivo y de naturaleza esencialmente fibroplástica, lesiona profundamente el ovario, dando lugar a los quistes chocolates que engloban en su patología todas las estructuras pelvianas. Las operaciones conservadoras en las mujeres jóvenes, no detienen la enferme-

dad evolutiva, que da lugar a las mayores perturbaciones fisiopatológicas de las glándulas genitales. A pesar de algunos éxitos en el campo de la esterilidad, las condiciones del ovario restante, equivalen en cierta forma, a las señaladas para la gonococia crónica.

En los *Procesos Distróficos y Funcionales*, consideramos: los ciclos monofásicos anovulatorios, el síndrome de Stein-Leventhal, y la ovaritis escleroquistica. En este grupo el tratamiento quirúrgico clásico del síndrome de Stein-Leventhal ofrece los mejores resultados de recuperación funcional. La tendencia a las amplias resecciones cuneiformes, en estos casos, debe ser revisada; porque si bien los beneficios inmediatos son espectaculares, en cambio en etapas lejanas, se observa un acortamiento biológico de las gonadas. Pensamos que la esclerosis cicatricial progresiva del parénquima folicular unida al déficit de masa estirpada, tienen un valor importante en la evolución. Somos partidarios de la resección cuneiforme económica, completada por el *Drenaje Folicular*, utilizando el catgut 000 con aguja atraumática. Este método que hemos empleado durante varios años, beneficia la regulación ovario-hipofisaria, sin los inconvenientes anotados en el procedimiento clásico.

La orientación terapéutica, de los *Quistes Funcionantes* está subordinada al criterio ultraconservador, y creemos que no deben ser extirpados. Tenemos la experiencia de algunos casos, uno de ellos de 7 cm. de diámetro, tratado por el método del simple drenaje al catgut fué definitivamente curado y la paciente regularizó sus reglas y tuvo varias gestaciones posteriores. Otro caso de quiste del hilo del ovario, se beneficio por el mismo procedimiento, ya que su extirpación habría comprometido los elementos vásculo-nervioso del órgano.

Las técnicas de *Reconstrucción Ovárica* en los *Tumores Benignos del Ovario*, aprovechando el parénquima yuxta-hiliar, los métodos de Schoroeder y de Licinio Dutra (Sao Pablo) deben ser utilizados por sus buenos resultados, habiéndose obtenido gestaciones a término. Se emplean preferencialmente en el quiste dermoideo, excepcionalmente en el cistoma seroso y en el tumor de Brenner, en vista de los casos de malignidad descritos por Novak. Valdría la pena conocer la duración funcional de estos ovarios con escaso parénquima folicular y en los que el estroma es siempre interesado por el acto operatorio.

En la Cirugía del fibromioma uterino, en las histerectomías a lo Kelly-Desmarest, en las histerectomías parciales tipo Risolia o Cirio con ligadura de las arterias uterinas, tomando en cuenta las variantes de la circulación del ovario, puede sobrevenir la degeneración quística de los ovarios. Esta contingencia no se presenta en las miomectomías y en las histerectomías con conservación de las arcadas vasculares.

CONCLUSIONES

1) Los problemas fisiopatológicos del ovario residual, planteados por la Cirugía de orientación funcional, están estrechamente vinculados a la etio-

patogenia de las lesiones de las glándulas genitales y se acompañan de alteraciones en los circuitos ovario-hipofisario-endometrial.

2) La causa más importante de la disfunción del ovario restante, reside en el compromiso de su circulación sanguínea y de su sistema neurotrófico.

3) La conservación de fragmentos ováricos, que por su naturaleza equivalen a los injertos ováricos, afectan gravemente los circuitos ovario-hipofisario y ovario-endometrial.

4) Las modernas técnicas quirúrgicas deberán ajustarse a los fundamentos y leyes que gobiernan la terapéutica funcional y deberán considerar los peligros de la anulación ovárica progresiva en las amplias resecciones de la glándula.

SUMMARY

Fisiopathological problems related to residual ovary as seen to day by the trends of the functional gynecological surgery are discussed.

The main cause of the residual disfunction results from impairment in the circulation and neuro-trophic system.

Fragments of the ovaries left which by their size are equivalent to ovarian grafts produce serious changes in the ovary-pituitary- endometrium, endocrine balance.

BIBLIOGRAFIA

- Carlos Guerrero. Cirugía Conservadora en Ginecología. Sus bases fisiológicas y resultados. Anales del II Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología.
Martiniano Fernández. Cirugía Conservadora en Ginecología. Bases fisiológicas y resultados. Anales del II Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología.
Walter Kock. Insuficiencia ovárica. IVª Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología.
Emil Novak. Gynecologic and Obstetric Pathology.
Richard W. Te Linde. Operative Gynecology.
Lucas Molina Navia. Cirugía Conservadora en Ginecología. Relato Oficial del Primer Congreso Peruano de Cirugía.