

Ginecología y Obstetricia

Vol. IV

DICIEMBRE, 1958

Nº 4

Trabajos Originales

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE CIRUGIA FUNCIONAL EN GINECOLOGIA

JUAN WOOD

Profesor Titular de Ginecología. Escuela de Medicina de la Universidad de Chile.

HACE más de cinco lustros que la terapéutica ginecológica viene siguiendo una orientación decididamente conservadora o más propiamente funcional, pensamiento que informa sobre todo a la técnica operatoria, de suerte que, aparte de las neoplasias malignas, los ginecólogos, por lo menos entre nosotros, tratan en lo posible de respetar o restaurar la función sexual en toda su integridad. Las razones que apoyan esta tendencia son obvias y, por lo tanto, es innecesario exponerlas.

Sin embargo, y no obstante que el criterio conservador está firmemente arraigado, al desarrollar el tema "Cirugía funcional en Ginecología", debemos comenzar por decir que, con relativa frecuencia, las determinaciones terapéuticas se alejan notoriamente de los conceptos recientemente señalados. Esta incongruencia se debe a múltiples factores, algunos ampliamente justificados, como son los que derivan de dificultades técnicas para llevar a cabo una cirugía conservadora o de ciertas y determinadas circunstancias que aconsejan no extremar las indicaciones de efectuar una intervención que, respetando ciertos principios fundamentales, pudiera resultar más peligrosa. Pero, la mayoría de las veces no existe tal justificación y por rutina se recurre sistemáticamente a técnicas estandarizadas, por lo general mutiladoras.

La estandarización de las técnicas quirúrgicas, útil y necesaria, encierra, como toda sistematización el peligro de que el cirujano se aferre demasiado al esquema y no proceda durante el acto operatorio con un criterio dúctil adaptable a circunstancias imprevistas. Si con anterioridad se ha notificado a la

NOTA: Los directores de la "Revista de Ginecología y Obstetricia" no se hace responsables de las ideas y opiniones de sus colaboradores.

paciente a sus familiares de las mutilaciones que resultarán como consecuencias de la intervención, será éste un factor más que influirá para que el cirujano no se esfuerce mayormente por enmendar rumbos y prosiga en el camino más fácil, desechando posibilidades favorables para aplicar un procedimiento más conservador.

Tampoco constituye una justificación para no recurrir a la cirugía funcional argumentar que los trastornos que sobrevendrán por no llevarla a cabo no tendrán mayor repercusión sobre la paciente, relacionándolos a veces con la edad o con los beneficios que se obtendrán con la extirpación de las lesiones. Asimismo, sólo tendrá un valor relativo la posibilidad de un acto operatorio más laborioso y, por lo tanto, un postoperatorio más accidentado y con una mayor morbilidad, para justificar una mutilación.

Los hechos señalados no involucran la elección "a ultranza" de una intervención quirúrgica conservadora, así como tampoco aceptar que en el curso de un acto operatorio planificado con esas intenciones, no pueda modificarse el criterio primitivo y llevar a cabo una intervención de menor valor funcional, si las circunstancias así lo aconsejaran. Justifican, sin embargo, la aspiración de la Ginecología Moderna, en el sentido de que no existiendo contraindicaciones los casos que se sometan a la cirugía sean resueltos en lo posible con un criterio funcional.

La Cirugía Funcional en Ginecología requiere una sólida y completa preparación especializada, así como, también, poseer una amplia información sobre patología endocrino-genital. En efecto, ella requiere que con anterioridad al acto operatorio se haya establecido no sólo un diagnóstico anatómico-clínico lo más preciso posible, sino que también una justa apreciación de la función endocrina del ovario. De desear sería que para alcanzar este objetivo, no se presenten durante la intervención situaciones sorprendidas, cuya interpretación no pudiera establecerse de inmediato y que por consecuencia obligara a tomar determinaciones imprevistas y perjudiciales a la finalidad que se tuvo en cuenta al intervenir.

La cirugía funcional que aspira a la conservación de los órganos, pero respetando o reparando su actividad fisiológica, tiene objetivos bien precisos que alcanzar: la persistencia o la repercusión funcional integral o parcial del aparato genital femenino. Esta cirugía tiene sus limitaciones no sólo de orden técnico sino también de orden fisio-patológico. Es así como no bastará la comprobación de que un órgano del aparato genital conserve su integridad anatómica para decidirse por su conservación; los conocimientos actuales de la dinámica de adaptación han demostrado que con este estrecho criterio anatómico-patológico se dificulta y no se consigue en múltiples ocasiones el restablecimiento de una nueva armonía anatómico-funcional. A este respecto debemos recordar las investigaciones que, entre nosotros, ha realizado Kock referente a la evolución vital de enfermas sometidas a intervenciones ginecológicas mutiladoras. Estudiando a través de 20 años un gran número de estas pacientes Kock ha demostrado claramente que los órganos efectores de los estrógenos

deben considerarse como "consumidores" de dichas hormonas. Esta comprobación ha sido de gran importancia en la orientación fisiopatológica de la cirugía ginecológica, ya que ha permitido establecer algunas normas fundamentales que resumimos a continuación:

Primero.—En la ooforectomía parcial gracias a la activación que experimenta la función hipofisiaria gonadotrófica, el tejido ovárico restante se hipertrofia hasta lograr la increción de estrógenos suficientes para cubrir la demanda de los órganos efectores.

Segundo.—En la ooforectomía total esta misma activación de la función gonadotrófica estimula tejidos hormonógenos estrogenéticos extragonadales, favoreciendo igualmente la increción de estrógenos que, en general, son insuficientes para mantener normal el trofismo de los órganos efectores o consumidores de estas sustancias.

Tercero.—La extirpación simultánea de los ovarios y del principal consumidor de estrógenos, el útero, hace que los estrógenos incrementados por los tejidos hormonógenos extragonadales sean, en general, suficientes para mantener el trofismo normal de los otros efectores (vagina, mama, etc.).

Cuarto.—La extirpación del principal consumidor de estrógenos, el útero, sin reducción de la masa ovárica provoca un hiperestrogenismo transitorio que frena la función gonadotrófica de la hipófisis con lo cual automáticamente se restablece el equilibrio entre la producción y el consumo de estas hormonas.

Quinto.—Defectos de este mecanismo automático de corrección dan lugar a *síndromes por corrección imperfecta* entre los cuales se destaca *el de fragmentación ovárica y el de la hipertrofia mamaria*.

En concordancia con los conceptos expuestos debe aceptarse que la cirugía ginecológica funcional requiere en su ejecución la concurrencia de un amplio criterio analítico. Este sólo se adquiere gradualmente, a medida que el especialista convencido de la necesidad y de la importancia de esta modalidad quirúrgica, como asimismo interesándose por conocer y realizar las diversas técnicas que se han ideado para tratar variadas y numerosas lesiones genitales con un criterio funcional, somete a ellas, igualmente en forma gradual y progresiva un mayor número de casos. Será así cómo insensiblemente actuará con criterio funcional sobre lesiones ante las cuales no habría trepidado anteriormente en efectuar una cirugía mutiladora o de un menor valor funcional.

Debe reconocerse, sin embargo, que la cirugía funcional recurre con frecuencia a técnicas que no siempre cumplen con todos los requisitos que se exigen y que pueden observarse cuando se emplean las técnicas mutiladoras, pero, también debe aceptarse que la mayoría de estas deficiencias han sido subsanadas. Así, si se descuenta la longitud del acto operatorio que casi siempre será de mayor duración en la cirugía funcional y si se dispone de toda la ayuda que aporta el progreso de la medicina contemporánea, seguramente

la ejecución del acto operatorio y la evolución posterior no se diferenciarán, salvo pequeños detalles, de aquellas intervenciones que se efectúan con técnica impecable.

Resultaría desproporcionado, dado el espíritu de este trabajo, detallar los diferentes factores que en relación directa con el acto quirúrgico, han contribuido a ampliar los límites de la cirugía funcional en Ginecología; sin embargo, será necesario recordarlos deteniéndose en algunos de ellos por considerarlos de suma importancia dada la ayuda que pueden suministrar un beneficio de un mejor resultado operatorio. Como muy acertadamente lo recordara Cruz en algunas de sus contribuciones, la técnica quirúrgica es sólo el vértice de una gran pirámide cuya amplia y sólida base está constituida por todos los factores que rodean el acto operatorio y que apoyándose en un mejor conocimiento de la fisiología quirúrgica usufructúa de una serie de condiciones como son: la perfección de los métodos anestésicos actuales; la restitución del volumen sanguíneo mediante transfusiones de sangre y la hidratación con un aporte adecuado de electrolitos y vitaminas; el empleo de antibióticos y de la quimioterapia con fines profilácticos y curativos; la intubación gastro-intestinal; la sedación del dolor post-operatorio; etc.

Merece una especial mención la adopción de artificios de técnicas que permiten obtener una hemóstasis preventiva temporal especialmente cuando la cirugía funcional se emplea en el útero. Entre ellas debe recordarse el *bloqueo circulatorio previo* que fué introducido por Bonney y simplificado más adelante por Rubin y por Borrás, método que constituye, sin duda, como lo manifiesta el primero de estos autores la más importante contribución para ampliar la práctica de la cirugía conservadora. En efecto, gracias al bloqueo circulatorio previo, que permite actuar en terreno casi exangüe, es posible llevar a cabo en el útero principalmente, estas intervenciones con relativa tranquilidad y mediante maniobras delicadas, evitando las extirpaciones forzadas y violentas que deben realizarse con frecuencia cuando no se recurre a él o bien cuando la distribución de las lesiones, especialmente cuando ellas se han desarrollado en la región del istmo, no permite emplearlo desde el comienzo de la intervención. El bloqueo circulatorio en la cirugía funcional del ovario y de la trompa debe considerarse por lo general como innecesario.

También debe recordarse la ayuda que en ciertas circunstancias presta la radiología. Es así cómo la *histerografía*, la *histerosalpingografía*, la *ginecografía* y aún la *radiografía simple*, tienen sus indicaciones precisas. En lo referente a la cirugía del músculo uterino es conveniente recalcar que, si por cualquier circunstancia no se ha recurrido a la radiografía para establecer la topografía del o de los nódulos miomatosos y en el curso de la intervención se sospecha la situación intracavitaria de algunos de ellos, no hay inconveniente para proceder a la histerotomía exploradora que permite, en caso afirmativo, su correcto tratamiento.

La *histerosalpingografía* es indispensable al tratar de resolver los casos de esterilidad cuando se considera que la solución puede obtenerse mediante la

cirugía. *La ginecografía y la radiografía* simple tiene muy relativo valor en la cirugía funcional del ovario.

La introducción del bloqueo circulatorio previo y de la exploración radiológica de los genitales internos constituyen los principales pilares de la cirugía funcional en el mioma uterino y con la cual es posible resolver aproximadamente las dos terceras partes de estas neoplasias susceptibles de una intervención quirúrgica. En estas circunstancias el especialista puede decidirse por: a) una *cirugía ultra-funcional o cirugía conservadora de la función total del aparato genital*, y que está representada por las diferentes variedades de miomectomías (polipectomías, miomectomías por enucleación o por mio-escisión); b) *una cirugía conservadora de la función menstrual* recurriendo a las amputaciones parciales del cuerpo uterino, a la miometrectomía o a la histerectomía supra-ístmica, con las cuales es posible conservar la menstruación con sus características normales o como una hipomenorrea, reflejando en ambas circunstancias que se ha conservado la sinergia endometrio-ovárica.

La cirugía ultra funcional constituye la cirugía ideal ya que cura sin deformaciones y sin pérdida de funciones. Sus posibilidades son muy amplias, tanto en cuanto a la edad que pueden tener las mujeres en que ella se efectúa como, también, respecto a la amplitud de las exéresis. Respecto a la edad, ellas deben llevarse a cabo dentro del período de fertilidad, si las condiciones anátomo-patológicas lo permiten, y después de él, si cumpliéndose este último requisito, se considera que esta modalidad quirúrgica tiene una evidente ventaja de orden funcional, en el caso particular en que se interviene. En cuanto a la amplitud de la exéresis, ella es muy relativa y dependerá en gran parte de las características topográficas de las lesiones, de la capacidad del cirujano para llevar a cabo estas técnicas conservadores y de la importancia que éste asigne a la cirugía funcional.

La cirugía conservadora de la función menstrual debe resolver aquellos casos que encontrándose dentro del período de fertilidad femenina no puede usufructuar de la cirugía ultra-funcional y después de él, todos los casos en que no exista una indicación de valor absoluto para decidirse por una cirugía mutiladora. Constituye un ideal de esta cirugía respetar la circulación del ovario para lo cual deberá conservarse siempre que ello sea posible la trompa y la arcada vascular constituida por la anastomosis de las arterias uterinas y útero-ováricas.

La cirugía funcional del mioma uterino requiere conocer la posible concurrencia de otras afecciones, posibilidad que al no ser debidamente considerada podrá hacer fracasar sus resultados. Entre las afecciones que pueden asociarse debe señalarse *la endometriosis uterina*, ginecopatía no siempre fácil de diagnosticar, pero que teniéndola presente es posible emitir un diagnóstico preoperatorio de probabilidad de su coexistencia en un útero miomatoso, basándose en la sintomatología, en la prueba de los andrógenos y en la radiología. La adenomiosis muy extensa, asociada o no al mioma contraindica el empleo de la cirugía funcional.

Para terminar con este orden de consideraciones deben recordarse dos objeciones que frecuentemente se formulan en contra de la cirugía funcional del fibromioma uterino. Ellas son la posibilidad de recidivas y la coexistencia del tejido sarcomatoso en alguno de los nódulos extirpados.

Respecto a las recidivas ellas se presentan aproximadamente en el 3 a 5 % de los casos y, sin duda, es imposible evitarlas ya que con frecuencia al efectuar cirugía conservadora en el mioma uterino no es dable reconocer y extirpar los pequeños nódulos, muchas veces de evolución inscípiente, que existen en el espesor del músculo uterino. Sin embargo, la evolución de nódulos recidivantes y la sintomatología que pueden originar, no siempre obligan, si se hace abstracción de la situación anátomo-patológica, a una intervención activa, pudiendo, en muchas de ellas, contemporizar con la nueva situación o decidirse por un tratamiento incruento. En ningún caso esta contingencia constituye un argumento de valor en contra de la cirugía funcional, ya que el porcentaje de fracasos por este capítulo se equipara y quizás sea menor que el observado con la cirugía mutiladora por otras circunstancias.

En cuanto a la coexistencia de mioma y sarcoma cuyo porcentaje no es superior a un 2 %, debe sin embargo, constituir una preocupación en la cirugía funcional. Esta coexistencia puede evidenciarse bajo dos aspectos: o el tejido sarcomatoso constituye un hallazgo de la investigación histológica a la cual se recurre de rutina o por exigirlo el aspecto macroscópico del tejido, o bien se trata de un desarrollo grosero del tejido maligno que contrariamente a lo que sucede en las circunstancias anteriores, ha invadido ampliamente el nódulo miomatoso o ha sobrepasado sus límites, emitiendo infiltraciones hacia el miometrio que lo circunscribe. En esta última contingencia es posible que el clínico esté orientado antes del acto operatorio en el sentido de que existen muchas posibilidades de que concurra esta situación o que en el curso de él, al tratar de enuclear alguno de los nódulos, encuentre dificultades por desaparición parcial o total del plano de clivaje. En ambos casos el operador deberá cambiar su técnica, resolviéndose por una intervención más amplia, aún exponiéndose a que el examen histológico no corrobore siempre el diagnóstico de malignidad, pues la situación anormal existente podría deberse también a una endometriosis o a las alteraciones residuales originadas por un proceso trófico o inflamatorio de evolución muy anterior en el nódulo miomatoso.

Constituye una recomendable precaución cuando se procede a una cirugía funcional, hacer seccionar los nódulos miomatosos y revisar cuidadosamente la superficie de sección a medida que ellos se van extirpando. Así se evitarán sorpresas desagradables, como ser el comprobar, sólo una vez terminada una intervención quirúrgica, que en alguno de los nódulos existía tejido reconocible macrascópicamente como maligno, sospecha que, más adelante es confirmada por la investigación histológica (*).

(*) Para fundamentar lo anteriormente expuesto consideramos indispensable suministrar algunos datos estadísticos relacionados con las pacientes portadoras de miomas uterinos que se hospitalizaron en la Clínica Ginecológica Universitaria, material clínico sobre el cual basamos nuestras observaciones.

Ingresaron durante el período 1947-1954, 610 casos de miomas seleccionados de un total de 765 que concurrieron a la Consulta Externa y efectuado el estudio correspondiente se acordó la siguiente distribución en cuanto a la conducta terapéutica: quirúrgica en el 77.5%; radioterapia en el 6% y abstención de una terapéutica activa en el 16.5%.

El cuadro siguiente señala nuestra actitud quirúrgica actual y establece una comparación con la observada en un período anterior —1921-1931— y la evolución acentuadamente funcional que ha experimentado nuestro criterio terapéutico en el mioma uterino.

CUADRO I

	Número de miomas operados	Intervenciones mutiladoras		Intervenciones funcionales	
		Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
1921-1931	273	208	76.9	65	23.8
1947-1954	473	232	49.1	241	50.9

El cuadro 2 especifica la modalidad de cirugía funcional que se efectuó en los 241 casos del período 1947-1954:

CUADRO II

	Nº	%
Cirugía menstuo-conservadora	48	20
Cirugía ultra-funcional	193	80

En cuanto al porcentaje de recidivas observadas en las pacientes sometidas a cirugía funcional, correspondió a un dos por ciento.

Respecto a la coexistencia de mioma uterino y sarcoma se estableció en el 2% (9 casos en 473 operadas). En 8 el sarcoma evolucionaba en el espesor de un nódulo miomatoso y en 1 en el miometrio. El control posterior de 7 de estas pacientes es satisfactorio; las dos restantes no han sido controladas.

El ovario es indispensable para mantener el normal funcionamiento del organismo, no sólo en relación con la reproducción, sino también para conservar el equilibrio biológico de la mujer. Por lo tanto, su extirpación sólo podría autorizarse cuando haya declinado totalmente su función (?) o cuando su conservación pueda repercutir desfavorablemente sobre la salud del individuo. Sin embargo, a pesar de estos postulados sobre los cuales no cabe discusión, los gonados femeninos han constituido y constituyen todavía las principales víctimas de intervenciones, en las cuales se procede sin mayor preocupación y respeto por la función fisiológica, desconociendo a veces y desinteresándose por considerar en otras, el inmenso valor que representan en el complejo endocrino-simpático de la mujer y en las múltiples exteriorizaciones de su vida fisiológica, psíquica y espiritual.

Además, debe aceptarse que la función endocrina del ovario no se extingue junto con la desaparición de la función ovulatoria o gametogenética y que ella continúa durante un lapso variable, pero, en todo caso largo y no despreciable, después de la menopausia y de la cesación de los síntomas subjetivos del climaterio. Persiste la función hormonal estrogenética indispensable por

sus efectos tróficos y somáticos. En consecuencia, no es posible referirse despectivamente respecto al valor funcional del ovario, argumentando que habiendo desaparecido la función menstrual su conservación es innecesaria. Bastará recordar el apreciable porcentaje de mujeres en quienes tanto el climaterio premenopáusico como el postmenopáusico trascurren sin el más mínimo incidente que refleje una deficiencia hormonal, y todavía más, que declaran sentirse en mejores condiciones que durante su período de madurez sexual, bienestar que posiblemente podrá atribuirse en gran parte a factores de orden psíquico. Es por ello que, no contando con medios que permitan pronosticar con cierto margen de exactitud las condiciones en que evolucionará un climaterio natural o artificial y aceptando que los efectos tróficos y somáticos de los estrógenos ováricos persisten después de la menopausia, debe considerarse que no existen fundamentos valederos para fijar límites de edad, después de los cuales se podría impunemente proceder a su extirpación. Aún más, es de suponer que en el climaterio es más favorable para el organismo disponer de sus fuentes hormonógenas estrogenéticas gonadales que de la extragonadales, cuya activación representa un mayor esfuerzo que no siempre estará en condiciones de realizar.

De acuerdo con lo expuesto debe reaccionarse contra la extirpación sistemática de los ovarios cuando se procede a una histerectomía en las proximidades de la menopausia, fundamentando esta resolución en la proximidad de este accidente o en la posibilidad de que su conservación favorezca su transformación quística, posibilidad a la cual en años anteriores se le asignaba un porcentaje de 10%, cifra que en las estadísticas de los últimos años no supera a un 1 ó 2%. Por otra parte, esta transformación quística puede comprobarse en un porcentaje semejante, después de intervenciones de la más variada índole efectuadas sobre los genitales internos sin extirpación del útero, traduciendo con frecuencia defectos en el mecanismo automático de adaptación. Igual actitud debe asumirse ante los argumentos en favor de la castración total en el curso de las histerectomías, como profilaxia de los cánceres ováricos y mamarios.

Si se acepta que en la proximidad de la menopausia no existen razones que necesariamente exigen la extirpación de los ovarios con fines profilácticos en el curso de las intervenciones ginecológicas, fácilmente se comprenderá que igual conducta deberá observarse cuando la mujer se encuentra en el período de madurez sexual o en la iniciación del climaterio premenopáusico.

Es, sin duda, durante la madurez sexual cuando el ovario está más expuesto a la acción de la cirugía, de acuerdo con el mayor porcentaje de intervenciones quirúrgicas ginecológicas realizadas en este período. Ellas pueden indicarse por procesos inflamatorios de diversa índole, por embarazos ectópicos, por enfermedad quística del ovario, por neoplasias benignas ováricas o uterinas, etc., y a menudo, en el curso del acto operatorio, el especialista deberá apelar a su experiencia para efectuar una intervención que juntamente con extirpar las lesiones, respete en condiciones satisfactorias las funciones del aparato genital. Esta solución, a veces bastante difícil de obtener, como sucede

por ejemplo en los procesos inflamatorios, permite que en un cierto número de los casos operados se compruebe la persistencia de algunas de las molestias que motivaron la intervención, la mayoría de las veces a consecuencia de un exceso de conservación que respetó tejidos crónicamente enfermos o bien porque se extirpó un exceso de tejido ovárico, lo cual favoreció posteriormente la instalación de una disfunción grave. En efecto, la reducción quirúrgica del parenquima ovárico genera una insuficiencia funcional de variable intensidad, insuficiencia que el organismo trata de corregir automáticamente mediante un incremento de la función gonadotrófica del lóbulo anterior de la hipófisis. Esta corrección espontánea se consigue en la mayoría de los casos, aún cuando la resección ovárica haya sido amplia. Sin embargo, en algunas operadas no sobreviene esta recuperación perfecta, sino que se establece una hipertrófia quística del ovario intervenido que, por su actividad hormonal desordenada, repercute tanto sobre los efectores como sobre la hipófisis.

La disfunción resultante en dichos casos viene siendo estudiada minuciosamente en nuestra clínica desde 1936. Cruz se ha preocupado de la repercusión que esta hipertrofia funcional quística del fragmento ovárico residual de una resección más o menos extensa, tiene sobre los efectores, más precisamente sobre el endometrio, originando una metrorragia disfuncional generalmente anovulatoria. Kock ha estudiado la repercusión sobre la hipófisis, que se traduce por una hipertrofia de la glándula con síntomas de hipertensión craneana y deformaciones notorias de la silla turca.

Aun cuando en la patogenia de estas alteraciones existen muchas incógnitas, podemos decir, sin embargo, en concordancia con la experimentación animal, que el mecanismo inicial es la ruptura del equilibrio hipófiso-ovárico. En efecto, al disminuir más o menos considerablemente la cantidad de masa ovárica, el fragmento restante será incapaz de mantener frenada la hipótesis, la cual entrará en función gonadotrófica incontrolada. Como consecuencia de esto, el torrente sanguíneo se inunda con grandes cantidades de gonadotrofinas que van a actuar sobre la porción de tejido ovárico restante, haciéndolo entrar en función endocrina aumentada e irregular, mediante el crecimiento quístico de los folículos (hipertrofia funcional quística), el cual por la disfunción hormonal estrogénica resultante, actuara sobre los órganos efectores —mama, vagina y útero— y sobre la hipófisis. El efecto final de todo este proceso será la hemorragia anormal proveniente por lo general de un endometrio estrogénico (proliferativo o hiperplasiado) y un crecimiento de la hipófisis que dará síntomas de compresión intraselar que incluso puede llegar hasta la destrucción de la silla turca.

El especialista puede en ocasiones comprobar que su operada presenta a corto plazo la sintomatología y los signos de una fragmentación ovárica, en circunstancias en que había tomado todas las precauciones técnicas para evitarlas; en cambio, en otras ocasiones la misma intervención no originó ningún trastorno anatómico o funcional. Debe necesariamente aceptarse que en el primer caso concurren factores especiales, congénitos o adquiridos, difíciles

de establecer en sus justas proporciones y sobre el cual solamente el conocimiento detallado del aspecto funcional del aparato genital podrá suministrar una importante orientación. Debe considerarse además, que en la génesis de este síndrome desempeña un papel decisivo la hipófisis; por lo tanto, es probable que alteraciones primarias de esta glándula también puedan originarlas.

De acuerdo con lo expuesto no debe aceptarse la actuación quirúrgica sobre los genitales internos y especialmente sobre los ovarios, del cirujano que no esté en posesión de una anamnesis detallada de la paciente, la que en ocasiones deberá considerar minuciosamente el aspecto funcional. Debe insistirse en que en estas mismas circunstancias tanto el examen físico como las comprobaciones anatomo-patológicas durante el acto operatorio adquieren un valor complementario que en ningún caso permiten desentenderse de la orientación que sobre el aspecto funcional ha podido obtenerse antes de la intervención. Por otra parte la investigación histológica llevada a cabo en los ovarios que se resecan parcialmente o que se extirpan en el curso de laparotomías ginecológicas, fundamentadas estas exéresis únicamente en una aparente alteración objetiva, demuestra que frecuentemente se ha procedido a resecar tejido ovárico que por su aspecto histológico no se diferencia de un tejido con actividad normal. Si bien es cierto que esta comprobación no involucra una actividad funcional normal del tejido sacrificado, demuestra, sin embargo, la necesidad de que el cirujano haga previamente un análisis cuidadoso de la sintomatología para que actúe en consecuencia. ¿Qué ginecólogo no recuerda que por no tener presente exactamente cual anexo era el doloroso, extirpó el opuesto porque el aspecto macroscópico así lo orientara? ¿Quién no ha respetado alguna vez un ovario fibroso con escaso o ningún valor hormonal y extirpó el opuesto por su aspecto poliquístico, característica de un órgano en actividad? Esta última contingencia explica seguramente aquellas amenorreas que se instalan inmediatamente o algunos meses después de la intervención sobre el aparato genital en circunstancias que ni la índole de ella ni la edad de la operada podían prever la instalación de una menopausia artificial.

Con el deseo muy justificado de orientar la cirugía del ovario hacia un criterio funcional se han ideado técnicas algunas de las cuales no se han incorporado a la práctica diaria y su uso ha quedado limitado a ciertas y determinadas circunstancias. Entre ellas deben ser recordadas: *la extroversión del ovario de Bailey* aplicada en la amenorrea funcional; *la descorticación del ovario de Reygraft* para la misma ginecopatía; *las descorticaciones parciales*, técnicas con las cuales se trata de suprimir parcial o totalmente la albugínea engrosada, que a juicio de los autores constituiría una significativa barrera para la ovulación. Han corrido la misma suerte las intervenciones que actúan sobre el parenquima ovárico como *la igneopuntura de los microquistes*; *la enervación del ovario de Lhermitte y Dupont* realizada en el hilio del órgano; *la enervación del ovario a nivel del ligamento infundibulo-pélvico de Ruggi* comprendiendo en la sección todo el paquete vasculo-nervioso útero-ovárico; *las isofenolizaciones según la técnica de Doppler* con las que se consideraba posible

poder obtener la sección química de los nervios del ovario, tanto del pedículo útero-ovárico como de hilio; *las simpatectomías periarteriales de Leriche*, etc. etc. Todas ellas reflejan los deseos muy justificados de los especialistas de mejorar las condiciones funcionales de los gonados actuando sobre su corteza, sobre su inervación o sobre su irrigación, pero respetando íntegramente sus elementos nobles.

En la actualidad se recurre cada vez más a *la cistectomía ovárica de Bonney* que extirpa únicamente la lesión; a *las resecciones parciales del ovario* y a *la ooforectomía unilateral* que, si bien es una intervención mutiladora puede incluirse entre las técnicas empleadas con fines funcionales, ya que después de efectuada, el organismo logra generalmente restablecer automáticamente el equilibrio entre la producción y el consumo de las hormonas sexuales.

La cistectomía ovárica representa sin lugar a dudas la intervención de mayor valor funcional ya que cumple con los ideales de esta cirugía: "curar sin deformaciones ni pérdida de funciones". A ella debe recurrirse cuando las lesiones ováricas han respetado en su desarrollo expansivo alguna porción del parenquima glandular sin haber interferido en su nutrición a pesar de haber alcanzado en ocasiones un desarrollo exagerado. Esta técnica puede aplicarse selectivamente en casos de neoplasias benignas, sólidas y quísticas, con tanta mayor razón si se considera que en un importante porcentaje de ellas pueden alcanzar un desarrollo bilateral, en los quistes achocolatados del ovario, en las lesiones quísticas residuales de procesos inflamatorios anexiales y en los quistes funcionales.

La resección parcial del ovario está indicada en lesiones de desarrollo difuso y homogéneo y su uso se restringe cada día más a medida que se interpreta con más exactitud la etiopatogenia de las lesiones ováricas que anteriormente se sometían a su acción. Así por ejemplo, el auge de esta intervención correspondió a la época en que a la degeneración polimicroquística del ovario se le adjudicaba una enorme importancia en la producción de una serie de trastornos de la esfera genital. En esa circunstancia se recomendaba proceder a *la ooforectomía subtotal u operación de Walther*, en la cual solo se respetaba la porción yuxtahiliar de la glándula que, en general, tenía un aspecto normal; en cambio el resto del gonado, sembrado de múltiples lesiones quísticas era eliminada. En la actualidad se considera a esta afección como una distrofia, la distrofia esclero-quística del ovario, y su tratamiento se aleja cada día más y más de la cirugía, ya que la experiencia demuestra que rara vez se obtiene con ella la curación y, en cambio, con frecuencia la agrava.

Existen, sin embargo, indicaciones bien precisas para efectuar la resección parcial del ovario; así sucede en el síndrome de Stein y Leventhal, caracterizado por amenorrea y esterilidad asociadas a ovarios polimicroquísticos bilaterales, síntomas cardinales a los cuales pueden sumarse el hirsutismo y la obesidad. Bastará en estos casos proceder a una resección cuneiforme de ambos ovarios para observar la corrección de la sintomatología. Igualmente está

indicada en ciertas anomalías del ciclo, exteriorizadas por amenorreas o metrorragias y ovarios aumentados de volumen.

Al finalizar la lectura de este trabajo quienes nos escuchan comprobarán que únicamente nos hemos referido a conceptos sobre cirugía funcional en relación con algunos capítulos de nuestra especialidad, pero, sin duda, los que en mayor proporción imponen al cirujano una actuación conservadora. Además, es en ellos donde esta cirugía adquiere cada día mayor actualización dada las circunstancias que tanto los progresos técnicos del arte quirúrgico como el mejor conocimiento de la fisiopatología endocrina sexual han ensanchado los límites dentro de los cuales la cirugía funcional puede y debe emplearse en beneficio de la mujer.