

CIRUGIA DEL OVARIO

Dr. LUCAS MOLINA NAVIA

La revisión de este Tema, que ha tenido a bien encomendarme la Comisión Organizadora del II Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, requiere presentar, en primer lugar, los conceptos básicos que gobiernan la cirugía aplicada a la corrección de los diversos estados patológicos que afectan a las glándulas ováricas; y en segundo término, las técnicas quirúrgicas creadas y modificadas de acuerdo con la evolución científica.

Existen múltiples circunstancias relacionadas con la embriología, la anatomía, la fisiología, la anatomía patológica y la fisiopatología, esencialmente propias para las gonadas femeninas, que abligan a la adopción de procedimientos terapéuticos de la más alta especialización. Por ello, sentamos la premisa de un conocimiento integral de esas circunstancias; y además, de las derivaciones consecutivas a la operación quirúrgica, vale indicar, de la fisiopatología postoperatoria. También, este conocimiento debe abarcar a las estructuras vasculares, nerviosas y viscerales, intra y subperitoneales, de la anatomía normal y patológica, en función de los diversos estados lesionales que afectan los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y las otras vísceras pelvianas. Es menester, en definitiva, de una amplia maduración en el caudal de la experiencia, que memoriza sobre todo los fracasos, como visión constructiva, y transforma el acto quirúrgico en una función vigilante de las lesiones accidentales, las cuales no deben pasar por alto: lesiones intestinales, lesiones de los uréteres, de la vejiga urinaria, etc.

Es indispensable tener presente en el momento quirúrgico, las cualidades esenciales de las gonadas femeninas, derivadas de potenciales embriológicos y biológicos, que les confieren aptitudes suprasensibles para las generaciones postoperatorias y particularmente para sus transformaciones malignas. Dicha concurrencia se ha podido comprobar a continuación de algunas técnicas empleadas, *vr. gr.*: la degeneración quística cuando se interfiere su irrigación principal; la cancerización preferente del ovario único conservado en el lado izquierdo; la difusión maligna de tumores quísticos espontáneamente rotos; y en menor grado, después de los accidentes de ruptura durante la intervención, etc.

El capítulo de la ONCOGENESIS DEL OVARIO es extraordinariamente complejo. Los quistes foliculares juegan un rol funcional y en muy rara opor-

tunidad proliferan en el sentido patológico. Los quistes a retención de la variedad folicular o los del cuerpo lúteo son ocasionalmente quistes neoplásicos (Te Linde). A partir de los cistoadenomas, el epitelio tiene mayor tendencia proliferativa y sus paredes anidan con frecuencia células embrionarias. (Emil Novak). El tumor de Brenner es más frecuente desde que se le busca en las paredes de los quistes. El 3% de los quistes dermoides sufre transformación maligna (Ewing) El carcinoma concurre en el 12% de las neoplasias ováricas. Los tumores malignos son bilaterales en el 32% de los casos. El sarcoma y los teratomas formados de tejidos embrionarios tienen una inusitada malignidad. Los tumores dependientes del mesénquima ovárico y con influencia endócrina (tumores de la granulosa, tecomas, luteomas y arrhenoblastomas) y los tumores que no tienen influencia endócrina (disgerminomas) siempre poseen tendencia maligna. Finalmente los tumores debidos a trasplante o heteroplasia, como la endometriosis, pueden dar origen al adenocarcinoma del ovario (Sampson) y la literatura consigna 8 casos auténticamente comprobados.

A esa fenomenología intraovárica debemos agregar las nuevas condiciones creadas para las gonadas por el desarrollo de los tumores del útero, de las trompas y de otras vísceras abdominales (Tumor de Krukenberg).

Integramos estas consideraciones nosológicas con los procesos de naturaleza infecciosa. La tuberculosis anexial, las oóforo-salpingitis gonocócicas, las postpartum y postabortum, las pelviperitonitis y las cervicitis, son fuente de graves perturbaciones, anatómicas y funcionales; tales como los abscesos tubo-ováricos, los llamados quistes inflamatorios, la encarceración del ovario, los espesamientos inflamatorios de la albuginea, etc.

Así hemos bosquejado el inmenso y fértil campo ovárico, en el que tendrá que actuar la mano del cirujano, moviendo sus inextricables estructuras: el epitelio superficial de Walthar, los sistemas folicular y del cuerpo amarillo, el mesénquima ovárico y las diversas inclusiones arrastradas desde sus orígenes embrionarios. Así hemos visto toda esta vasta organización animada de poderosos potenciales, alterar su determinismo biológico, por motivos desconocidos, dando origen a una gran variedad de tumores, la mayor parte orientados hacia la malignidad. Todo esto sumado a las perturbaciones acarreadas por la participación de otras noxas, como las de naturaleza infecciosa, ponen a prueba la claridad del juicio y la capacidad técnica del cirujano. El resultado de sus acciones en la conquista de los éxitos felices, está fundamentado en su sólida experiencia asesorada de una depurada especialización.

sual y manual, en ocasiones, conviene realizar la OVARIOTOMIA EXPLORADA y la BIOPSIA INMEDIATA. La extirpación de un ovario en los blastomas benignos y el quiste endometriósico unilateral, es pródiga en secuencias funcionales, obteniéndose gestaciones en algunas pacientes hasta entonces estériles.

Al respecto, Walter Kock de la Clínica Ginecológica Universitaria de Chile escribe: "Estudios clínicos y experimentales, han demostrado que la oóforectomía unilateral, es seguida por una hipertrofia secundaria del ovario restante, inducido por la activación que experimenta, en estos casos, la función gonadotrófica de la hipófisis anterior. Es decir, se provoca las condiciones del primer período de la insuficiencia ovárica primaria, en el cual, entra en acción el mecanismo automático de reestructuración orgánica y de recuperación funcional, que en estos casos, consigue espléndidamente su objetivo".

LAS RESECCIONES CUNEIFORMES DEL OVARIO A LO WALTHER, preconizadas para el tratamiento de la poliquistosis ovárica, focos de endometriosis inicial y otras lesiones productivas circunscritas, empleadas en el estricto sentido de exéresis económica, han sido ampliadas por Stein a los 2/3 de la masa ovárica, en cada gonada. Estas amplias resecciones que comprometen especialmente la corteza, se utilizan en la cirugía de la neuro-distrofia del ovario encuadrada en el síndrome de Stein-Leventhal. La reedificación de las estructuras orgánicas y la recuperación fisiológica de las gonadas es espectacular. A los 28 días se presenta la primera menstruación, se consigue la restauración ovulatoria de los ciclos y por consiguiente embarazos.

LA ANEXECTOMIA DE UN LADO ACOMPAÑADA DE LA RESECCION PARCIAL DEL OVARIO OPUESTO, conduce al cuadro anátomo-clínico de la denominada **fragmentación ovárica**. Los experimentos de Lipschützs sobre la Fragmentación Ovárica y los correspondientes a Heeckle, conocidos como la **Castración Extrema de Hoeckel**, han contribuido al conocimiento y significado de tales procedimientos quirúrgicos ultraconservadores. Las verificaciones experimentales y clínicas (Zondek, Kock) demuestran alteraciones orgánicas de los fragmentos residuales del ovario, de las estructuras uterinas y de la pituitaria anterior. Su traducción anátomo-clínica se expresa: 1) Hipertrofia quística de los fragmentos; 2) Hiperestrogenismo, que provoca el crecimiento del útero, la hiperplasia del endometrio con su consecuencia las menometrorragias y además, el crecimiento doloroso de los senos; y 3) HIPERTROFIA FUNCIONAL DE LA ANTEHIPOFISIS, con síntomas y signos visuales, cefaleas y en grados avanzados, deformaciones de la silla turca (Kock). Se trata de una ruptura violenta del equilibrio funcional entre la hipófisis y el ovario. El fragmento ovárico se torna anárquico por la sobre-estimulación gonadotrófica permanente de la hipófisis, procura de ese modo una mayor producción de estrógenos para detener a la hipófisis, pero al no alcanzar la cantidad requerida, sobreviene su agotamiento

funcional y su degeneración quística. En estos casos es posible ayudar a dicho fragmento ovárico, con la administración suficiente de estrógenos hasta conseguir la desaparición del cuadro disfuncional y orgánico (Administración de una dosis media de 5 miligramos de dietilelbestrol, cada día y durante 30 días). Por dicho medio se puede conseguir la involución de los quistes reaccionales del fragmento restante y se ha logrado evitar reintervenciones quirúrgicas innecesarias.

Las variantes técnicas que hemos presentado en la cirugía de las glándulas ováricas, obedecen a lineamientos bien reglados, Pero cuando el carácter del cuadro lesional es complejo, cuando ambos anexos están incorporados y inclaustrados entre fuertes adherencias peritoneales, la técnica resulta improvisada, adaptada al momento, inspirada por el propio cirujano y reviste en conjunto un aspecto atípico. Tal ocurre en las intervenciones sobre casos avanzados de endometriosis, secuelas fibroplásticas de inveterados pelviperitonitis, gonocócicas, puerperales, tuberculosas, etc. Las variantes de la masa ovárica residual son imponderables o quedan porciones del órgano en condiciones tróficas y nutricionales precarios. Para las consecuencias fisiopatológicas de estas operaciones atípicas, invocamos nuevamente el cuadro de la fragmentación ovárica antes expuesto.

La Cirugía Funcional, como lo hemos visto, tiene sus fundamentos, **en las facultades biológicas del ovario PARA REACONDICIONAR SU ARQUITECTURA CELULAR ESPECIFICA Y RECUPERAR SUS FUNCIONES ALTERADAS POR LA ENFERMEDAD O POR EL ACTO QUIRURGICO.** Dicha capacidad se mantiene en el tiempo, **en relación directa a la masa ovárica conservada y a la suficiencia nutricional y trófica del órgano o porción del órgano residual.**

Pablo E. Borrás en su libro, Cirugía Consevadora en Ginecología, dice textualmente: "Una ovariectomía parcial, hace que ese ovario mantenga su función endócrina, **pero la duración funcional estará en relación con la cantidad de tejido conservado.** Esto está comprobado por los experimentos de Lipschütz, quien formuló la ley de la dinámica del ovario y la ley de la constancia folicular. Está establecido que el número de crías, que es constante para una especie, queda normal si se hace la ablación de un ovario. El ovario restante sufre el doble de su desgaste normal y como su capacidad es limitada, entra más rápidamente en agotamiento funcional".

Los principios rectores de la técnica quirúrgica, sugieren la necesidad de ser parcios en las resecciones del ovario, porque propician el acortamiento de la vida de los ovarios. Al cabo de un período de recuperación funcional, sobreviene el agotamiento, explicable porque la masa ovárica total etirpada alcanza como en la operación de Stein a los 4/6. Creemos, por esos motivos y por la experiencia personal, que la técnica de Stein merece ser revisada, pensando además que las respuestas o reacciones a la operación son diferen-

tes para cada enferma y que por causas intraováricas a constitucionales, el proceso de esclerosis cicatricial puede extenderse en todo el parénquima restante, impidiendo su reestructuración orgánica indispensable.

Allen y Woolf (Citados por Héctor Cruz. III Congr. Chileno de Obst. y Gin.) sostienen: "La resección de la medular del ovario proporciona tan buenos resultados como la resección cuneiforme, procedimiento que tiene la ventaja de no sacrificar corteza ovárica con su importante complemento de folículos primordiales".

Además de la resección cuneiforme se han utilizado otros métodos aplicables a la cirugía de los ovarios poliquísticos. Bayley (1937) realizó la extroversión del ovario, consiguiendo buenos resultados en 17 enfermas observados en 6 años. Raycraft (1938) hizo la decorticación del ovario en 6 casos de amenorrea con buenos resultados funcionales y un embarazo. Allen (1939) preconizó la punción y aspiración de los quistes habiendo conseguido la normalización de los ciclos y gestaciones. (Drs. Alfredo Durán y Eliana Valenzuela. IV Jornadas Chilenas de Obst. y Gin.).

Compartimos con Héctor Cruz en que "el mejor y más simple tratamiento de los quistes no neoplásicos del ovario es la punción. En los quistes más o menos grandes algunos aconsejan la cistectomía; otros la desaconsejan por haber observado la aparición o el empeoramiento del dolor después de la operación. La única justificación para la enucleación es la incertidumbre de su naturaleza".

Hace una década, siguiendo los mismos conceptos de Cruz, practicamos nuestro método, que consiste en el drenaje capilar de los quistes no neoplásicos. Con tal propósito utilizamos el cátagut 00 ó 000 con aguja atraumática. Hacemos la transfixión de los quistes y se anuda los extremos del cátagut formando lazada. Se observa en seguida un escurrimiento franco del líquido folicular con disminución consiguiente del volumen del ovario. Este método lo hemos asociado a las resecciones cuneiformes económicas, y también a la operación de Stein, operación que modificamos, haciendo una cuña de base medular y vértice cortical, respetando en mayor proporción los folículos de la corteza. De esta manera asociamos en una sola operación, la técnica de Stein con la técnica de Allen y Woolf. Los resultados de nuestra experiencia son magníficos, sobre todo si se toma en consideración, **que el empleo del drenaje folicular es inucuo**, como complemento de la corrección de las distopias uterinas, de las distopias anexiales, de la cura del varicocele pelviano y de las técnicas conservadoras del útero.

Contemplando los motivos del tratamiento es indispensable definir con claridad, que la poliquistosis ovárica, es sólo una denominación genérica que engloba, los quistes a retención, el síndrome de Stein-Leventhal, los quistes asociados al síndrome de las metrorragias disfuncionales de Schoeder y la

ovaritis escleroquistica. Todas esas variantes quísticas, tienen por característica común la de producir ciclos monofásicos o anovulatorios. Se resume su tratamiento: a) Los quistes a retención, en su mayor parte asintomáticos y de cualidades reversibles, no requieren acción quirúrgica y sólo en casos muy particulares se pueden beneficiar por la punción o el drenaje capilar; b) Los macro-ovarios poliquísticas del síndrome de Stein-Leventhal, requieren la resección cuneiforme clásica o sus modificaciones propuestas anteriormente; c) Los quistes del síndrome de Schoeder, a veces un sólo macroquiste, requieren la simple punción, el drenaje capilar a la enucleación; y d) En las ovaritis escleroquisticas, de patogenia compleja, esencialmente neuroendócrina, la resección cuneiforme está contraindicada, debiendo preferirse la punción evacuotriz y sobre todo, la corrección de las lesiones pelvianas asociadas. Nos referimos a las operaciones de antifijación del útero, a la suspensión de los anexos prolabados (operación de Pool), a las resecciones venosas en la varicocele pelviano y también a la rirugía del Simpática abdominal pelviano: La enervación del ovario (operación de Lhermitte-Dupont), la resección del nervio presacro de Latarjet (operación de G. Cotte), la simpatectomía periarterial hipogástrica (operación de Leriche), y la sección del infundíbulo pelviano (operación de Carlos A. Castaño).

Para completar este Capítulo trataremos del criterio que prevalece en la terapia de los QUISTES LUTEINICOS Y TECA-LUTEINICOS. Para los primeras es recomendable la cistectomía cuando tienen un volumen mayor de 6 cm. y están acompañados de manifestaciones clínicas disfuncionales y dolorosas. Conviene hacer la enucleación respetando la mayor cantidad de la masa ovárica, para evitar la formación de nuevos quistes por el desenfreno de la hipófisis. Cuando se encuentran integrando otras lesiones, principalmente, anexitis, endometriosis, pelviperitonitis crónicas, etc., la conducta está subordinada al tratamiento quirúrgico del proceso principal, pudiendo terminar la intervención por la anexectomía o la anexo-histerectomía.

Los QUISTES TECA-LUTEINICOS son de naturaleza reaccional frente a los altos niveles sanguíneos de gonadotrofinas hipofisarias o coriónicas. Esta circunstancia ocurre en los tumores trofoblásticos: la mola hidatiforme, el coriocarcinoma y durante el tratamiento por gonadotrofinas. Los quistes teca-luteínicos son reversibles suprimida la causa que los originó.

CIRUGIA RADICAL DEL OVARIO

El tratamiento de los tumores malignos del ovario se ajusta a los diversos métodos empleados en Cancerología, vale puntualizar: la Cirugía, la Quimioterapia y la Radioterapia.

La técnica quirúrgica debe abarcar la mayor amplitud, procurando ejecutar una PANHISTERO-OOFORO-SALPINGECTOMIA. Con tal criterio se estatuye en la Cirugía Oncológica en general y en la Cirugía Oncológica Ginecológica, las extirpaciones en bloque de los órganos afectados, procurando en un primer tiempo la ligadura de los pedículos vasculares, para tratar de impedir la difusión del proceso durante el acto operatorio. La extirpación del epiplon mayor constituye un factor indispensable, porque disminuye las posibilidades de propagación de la neoplasia ovárica y la consiguiente producción de ascitis.

Desgraciadamente los dictados de la técnica cancerológica no son tan factibles como en el cáncer cérvico-uterino, debido a la anatomía patológica propia de los cánceres del ovario caracterizada por metástasis viscerales precoces y extensión de la enfermedad más allá del territorio pelviano. Por eso, las operaciones de tipo Wertheim, las linfadenectomías de Meigs, casi no tienen aplicación y con mayor motivo, las excenteraciones pelvianas.

En los casos en que la anexo-histerectomía es imposible o se juzga no conveniente al paciente, se aconseja la TECNICA DE ESTOCOLMO que se reduce a una anexectomía bilateral y se aprovecha del útero restante para la colocación postoperatoria de radium. Este procedimiento ha sido seguido en el INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS con buenos resultados, pero posteriormente ha sido modificado con la sustitución del radium por la COBALTOTERAPIA que sabemos posee mayor grado de acción y mayor penetración en profundidad.

La QUIMIOTERAPIA por las vías intraperitoneal, venosa y arterial, propicia la involución de los cánceres avanzados y algunos casos se benefician de ella durante el preoperatorio y se tornan operables. El Profesor Conrado Zúcker-mann recomienda también la quimioterapia al comenzar el acto quirúrgico, con el objeto de impedir la diseminación de células malignas por la abertura e inoculación de las vías venosa y linfática.

La RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA debe ser instituida en todos los casos, tomando en cuenta los pésimos resultados de la cirugía usada aisladamente. Algunos recomiendan la radioterapia preliminar a la operación, dejando transcurrir varias semanas para conseguir la desvitalización de las células cancerosas y así disminuir los riesgos de propagación durante la intervención cruenta.

EL TRIPODE TERAPEUTICO DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO ha sido sólidamente instituido a la luz de los progresos de la Cancerología. Con el juicioso empleo de los métodos quirúrgicos, quimioterópicos y radioterápicos, se obtienen gratas sorpresas, tales como el alargamiento inesperado de la vida y a veces éxitos felices que sobrepasan el período de los cinco años de curación. Se comprende que los resultados del tratamiento alcanzan mayor efectividad en los Centros especializados, que cuentan con equipos adiestra-

dos para el oportuno empleo de los recursos modernos de la Terapéutica Oncológica.

CONCLUSIONES

- 1.—La Cirugía Conservadora de los ovarios debe su desarrollo al perfeccionamiento de los métodos del diagnóstico integral de la moderna ginecología, en los cuales están incluidos los procedimientos clínicos, instrumentales, de Laboratorio y Radiológicos, destinados a la valoración funcional del aparato genital femenino. Estos métodos tienen gran importancia para la calificación del cuadro clínico y sirven también para orientar, a la luz de los conocimientos actuales, las diversas técnicas quirúrgicas.
- 2.—Los resultados de la Cirugía Radical de las neoplasias malignas del ovario, dependen fundamentalmente de su integración con la Quimioterapia y las Radiaciones. Los mejores resultados, apreciados por la sobrevivencia o curación, se obtienen en los Institutos Especializados donde se acumula la experiencia de los años, traducida por los datos estadísticos y que consigna los éxitos felices y los fracasos. En dichos Centros se dispone, además, de los elementos indispensables y adaptables a cada caso. Finalmente, el control lejano de los pacientes tratados, permite encaminar la futura terapia en busca de mejores rendimientos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AHUMADA JUAN C.— El Cáncer Ginecológico.
- 2.—ACHARD ARTURO.— Cirugía Conservadora en Ginecología. (Anales de Ginecología. T. 1, 1953, Pág. 339).
- 3.—BORRAS PABLO E.— Cirugía Conservadora en Ginecología.
- 4.—BELLOSO ROGELIO A.— Riesgos en la Cirugía Ginecológica.
- 5.—BELLOSO ROGELIO A.— Ovario Restante en la Cirugía Ginecológica Funcional. (Anales de Ginecología. T. 1, 1953).
- 6.—BRIONES PEREZ MANUEL, ROBERTO VASQUEZ PALLARES y J. TRINIDAD GONZALEZ GUTIERREZ.— Problemas Fisiopatológicos del ovario residual (III Congr. Mexicano de Obst. y Gin. T. 1, 299).
- 7.—BUNSTER EDUARDO.— Trompa de Falopio y Esterilidad de Causa Tubaria.
- 8.—BUNSTER EDUARDO.— Problemas Fisiopatológicos del Ovario Residual. (III Congreso Mexicano de Obst. y Gin. T. 2 299).
- 9.—CROSSEN.— Diseases of Women.
- 10.—COTTE G.— Troubles Fonctionnels de L'Appareil Génital de la Femme.
- 11.—FERNANDEZ MARTINIANO.— Cirugía Conservadora en Ginecología. Sus bases Fisiológicas y resultados. (IV Congreso Brasileiro de Obst. y Gin.)
- 12.—GUERRERO CARLOS.— Cirugía Conservadora en Ginecología. Sus bases fisiológicas y resultados. (IV Congreso Brasileiro de Obst. y Gin.)
- 13.—MOLINA NAVIA LUCAS.— Cirugía Conservadora en Ginecología. (I Congreso Peruano de Cirugía).
- 14.—MOLINA NAVIA LUCAS.— Problemas Fisiopatológicos del Ovario Residual. (III Congreso Mexicano de Obstetricia y Gin. T. 2, 354).
- 15.—NOGUES ARMANDO E.— Problemas Fisiopatológicos del Ovario Residual. (III Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología. T.2, 342).
- 16.—NOVAK EMIL.— Gynecologic and Obstetric Pathology.
- 17.—POU DE SANTIAGO ALEJANDRO.— Problemas Fisiopatológicos del Ovario Residual (III Congr. Mexicano de Obst. y Gin. T. 2, 345).
- 18.—PEREZ DE SALAZAR JOSE LUIS.— El Problema del Ovario Residual. (III Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología. T. 2, 354).
- 19.—TE LINDE.— Operative Gynecology.