

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TRANSTORNOS DEL CICLO MENSTRUAL

(\*) DR. CARLOS BRAVO REYES

En lo que respecta al tratamiento quirúrgico de las alteraciones del ciclo menstrual, podemos decir que éstas pueden estar condicionadas principalmente a la existencia de hemorragia vaginal o de ciertos tipos de alteración del ciclo dependiente de la falta de ovulación, como ocurre en la poliquistosis ovárica.

El método más rápido para controlar una hemorragia de origen disfuncional es quizá el curetaje, que además tiene la ventaja de proveer tejido para su estudio. Aún cuando este método no es apropiado en la joven virgen, un cambio puede ser ampliamente empleado en la mujer de vida sexual activa que presenta el problema de hemorragia incontrolada hormonalmente. La desventaja del método es quizá el costo relativamente alto que significa hospitalización, anestesia, etc., comparado con el tratamiento conservador, empleando la biopsia de endometrio como guía en el estudio del mismo.

Es posible que si la paciente ha tenido Papanicolaous normales en años anteriores, la naturaleza maligna del cuadro pueda descartarse, sobre todo en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años.

En todo caso, cuando la clínica sospecha la coexistencia de proceso maligno cervical y la existencia macroscópica de erosiones o de pólipos cervicales,\* deberá hacerse las biopsias previa prueba de Schiller y la extracción de las formaciones poliposas. Además es preferible en estos casos realizar el curetaje fraccionado, sobre todo para ver el posible compromiso cervical de neoplasia endometrial.

Lo importante al hallar a una paciente con obvias lesiones macroscópicas, es no considerar a éstas como causantes de la he-

morragia y proseguir con la investigación anotada.

Al realizar el curetaje es imprescindible tener recto y vejiga vacíos, y el acto operatorio debe ser precedido de examen bimanual. Al finalizar el legrado, se deberá pasar en la cavidad endometrial una pinza delgada semejante a la de colédoco a fin de poder extraer tejido o extirpar pólipos que hayan escapado a la cureta.

El cuidado del especimen es de particular importancia y debe ser colocado en la solución fijadora tan luego es extraído a fin de conservar intacta su contextura histológica.

Si bien el curetaje es hecho principalmente como medida de emergencia a fin de evitar mayor pérdida de sangre, hay ocasiones en que conviene realizarla en un determinado día del ciclo a fin de estudiar la causa de la disfunción. En este caso deberá realizarse justamente en vísperas de la posible fecha de aparición de la pérdida de sangre a fin de ver el máximo cambio histológico del ciclo.

En condiciones en que la pérdida de sangre no es excesiva, será suficiente la ejecución de la biopsia de endometrio en la visita inicial de la paciente, instaurando el tratamiento hormonal adecuado, hasta tener el resultado de la biopsia.

Esta medida ha sido suficiente en la mayor parte de los casos que hemos observado en la consulta externa en el Servicio de Ginecología del Hospital Central del Empleado. Al realizar la biopsia puede suceder que obtengamos abundante tejido. Esta situación en mujeres jóvenes de vida sexual activa nos puede hacer presumir clínicamente que se puede tratar de una

(\*) Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Central del Empleado.

hiperplasia endometrial o la existencia de restos placentarios.

En las mujeres de mayor edad, la existencia de abundante tejido endometrial es sugestivo de hiperplasia, y en la postmenopausia, de la existencia de neoplasia. También puede suceder que prácticamente no se obtiene tejido a pesar que se raspa y succiona ampliamente ambas caras uterinas. Esto sucede cuando la hemorragia es de larga duración; cuando se presenta en mujeres postmenopáusicas, es de buen pronóstico. Todas estas presunciones son de utilidad clínica solamente, de impresión inicial, debiendo aguardarse al resultado del estudio patológico.

En ciertas ocasiones es imprescindible hacer la punción del Douglas, sobre todo en casos en que se encuentre una masa anexial difusa y se sospeche la presencia de gestación ectópica. Si bien es cierto que en cavidad peritoneal puede encontrarse secreción sanguinolenta en los casos de hemorragias de cierta duración, la obtención de contenido sanguinolento oscuro nos ha sido de gran utilidad para establecer el diagnóstico de gestación ectópica, que de otra manera podría haberse pasado desapercibida en ese momento.

Sea cual fuere la circunstancia el curetaje en todos los casos calmará la pérdida de sangre, con excepción de la presencia de ciertas lesiones orgánicas o la presencia de gestación ectópica o los casos que han sido sobrecargados con tratamiento hormonal intenso.

Algunos autores señalan que la dificultad en controlar la hemorragia uterina disfuncional o los curetajes repetidos, pueden conducir a uno a realizar la histerectomía. Antes de llegar a medida tan radical, tendría que evaluarse la cantidad de sangre perdida, el deseo o no de tener hijos y la edad de la paciente. La decisión de llevar a cabo la histerectomía sería en pacientes que han tenido hijos y sobre todo si es mayor de 40 o 45 años. En algunas

estadísticas hasta el 13% de pacientes que no respondieron a medidas conservadoras fueron sometidas a la histerectomía.

La experiencia nuestra ha sido totalmente opuesta. Hasta el presente no hemos tenido oportunidad de llegar a este extremo, siendo suficiente el tratamiento cíclico hormonal por un período de tiempo variable, pero no menor de 3 meses, después del cual por lo general los ciclos se normalizan. Esto ha bastado en los casos de menstruación anovulatoria o hiperplasia sin patología ovárica de poliquistosis. Lo dicho anteriormente no rige para los casos de hiperplasia adenomatosa severa, que requiere otra clase de terapéutica.

En lo que se refiere a la poliquistosis ovárica, es necesario recordar la misma definición que los autores Stein y Leventhal en Chicago publicaban sobre sus primeras experiencias en 1935, un síndrome caracterizado por amenorrea, esterilidad, obesidad e hirsutismo, acompañados de un aumento bilateral en el tamaño de los ovarios con engrosamiento de la albugínea y la formación de pequeños quistes de 5 a 15 mm. Este agrandamiento en el tamaño de los ovarios lo demostraban los referidos autores por medio del neumoperitoneo pélvico o ginecografía, de acuerdo a la técnica que Stein había creado con tal fin. La resección en cuña de los ovarios traía como consecuencia el restablecimiento del ciclo menstrual y la concepción en las estériles.

En lo que respecta a la frecuencia del cuadro diremos que no es de presentación frecuente, y clínicas concurrencias como en el Servicio nuestro en que se atiende un promedio de 100 a 120 pacientes diarias, solamente hemos podido reunir hasta 1970 (12 años de funcionamiento) 30 casos comprobados clínica y patológicamente, a pesar de haber usado extensamente el medio radiológico en las pacientes con alteraciones del ciclo menstrual.

Ingersoll en 1955 decía que buscar una paciente con ovarios poliquísticos bilaterales entre todas las pacientes con esterilidad y amenorrea o menometrorragia era como localizar un asesino entre 3,000 personas.

La edad en que las pacientes consultaron fue mayormente entre los 20 y los 25 años, y los trastornos que acusaban los pacientes eran por lo general hipo (amenorrea, oligomenorrea, hipomenorrea, y en menor grado los trastornos de hipermenorrea, los que generalmente están asociados a períodos de amenorrea variable. La sintomatología menstrual estuvo presente en el 100% de nuestros casos, siendo la duración de los mismos entre 6 meses a 1 año principalmente.

El aumento del vello corporal, con disposición androide del mismo ha sido hallado en un 54%.

La obesidad es un síntoma poco característico y sólo lo hemos encontrado en 1/3 de los casos.

Antes de establecer el tratamiento es necesario tener un mínimo de pruebas clínicas, al alcance de todos, aún del no especialista y que permita establecer mejor el diagnóstico y evitar fracasos.

1.—Se debe descartar alteraciones del sistema extra ovárico: adrenales, tiroides, pituitaria.

2.—Debe determinarse la actividad estrogénica y ausencia de ovulación por medio de:

- a) La temperatura basal, que será siempre monofásica, indicando falta de ovulación.
- b) Colpocitología, que mostrará seriadamente la ausencia de ovulación.
- c) La biopsia de endometrio, que tomada antes o durante la regla mostrará siempre endometrio proliferativo.

d) La prueba con la administración de progesterona, que producirá el descamado menstrual en el endometrio estimulado suficientemente por los estrógenos endógenos.

3.—Debe demostrarse el agrandamiento del tamaño ovárico, teniendo en cuenta que el examen vaginal y menos aún el examen rectal de la mujer virgen, podrán demostrar dicho aumento. Es imperioso entonces hacer la determinación del volumen ovárico por medio de la exploración ginecográfica y confirmando mejor aún, en casos de duda, por la laparoscopia previa a la laparotomía.

El tratamiento quirúrgico es el único que proporciona resultados permanentes en los casos así tratados; además permite la revisión del estado aneural en los casos de infertilidad. Desde las primeras publicaciones por Henkel en 1910 hasta las comunicaciones por Stein y Leventhal, varios han sido los métodos quirúrgicos empleados, todos centralizados en el ovario. Henkel proponía la resección en cuña del ovario realizando la extirpación de una porción cortical que la suturaba y después ligaba algunos de los vasos del meso ovario luego de exponerlos a trasluz para su identificación; de esta manera intentaba isquemizar parcialmente la glándula y lograr su anulación funcional.

Bailey en 1937 recomendaba la extraversión ovárica, una vez realizada la resección en cuña. Colocaba las suturas de tal manera que las superficies cruentas quedaban ampliamente expuestas hacia afuera. Pretendía eliminar los riesgos de formación de adherencias por medio de una suspensión que fijaba la cara posterior de los ligamentos anchos de los ovarios con la cara cruenta orientada hacia abajo y atrás, mirando hacia el fondo de saco de Douglas. Esta técnica creada con el objeto aparente que el óvulo fuera expulsado más facil-

mente en la ovulación ha sido, al igual que la anterior, desechada porque fue causa de obstrucción intestinal y tubaría.

Reycraft en 1938 proponía la llamada "decorticación", que mejor debería llamarse decapsulación, en que se "pelaba" la corteza ovárica al igual que se realiza la pelada de una manzana o patata. Tampoco ha tenido éxito este método por las mismas razones expuestas anteriormente.

La medulectomía introducida por Allen y Woolf en 1959 ha tenido más aceptación y es realizada rutinariamente en algunas clínicas. Se realiza una incisión longitudinal a través de la cápsula y corteza y al alcanzar el tejido medular se le reseca, sin sacrificar la cortical. Se controla la hemorragia por suturas y cierre del ovario por puntos separados.

Pero la técnica más universalmente empleada ha sido la originalmente descrita por Stein y Leventhal, quienes recomendaban la resección cuneiforme con extirpación de las 2/3 partes de parénquima ovárico y el afrontamiento del ovario restante con catgut atraumático. Hay que tener presente que los autores intervenían solamente en los casos típicos en que el agrandamiento ovárico era máximo, llegando en ciertos casos a doblar el tamaño uterino. En la práctica, sólo en los casos muy típicos es posible hallar tal agrandamiento ovárico, que corresponde a la descripción original. En la mayoría de los casos, en que la sintomatología no es completa, el agrandamiento ovárico es menor pero debe tener además las otras características básicas: superficie blanca nacarada con escasos y muy delgados vasos en su superficie y al corte, engrosamiento manifiesto de la corteza, con la presencia de numerosos folículos a contenido claro y a tensión y cuyos diámetros por lo general no son mayores de 0.5 a 1 cm. de diámetro. No debe haber signos de ovulación, es decir debe haber ausencia de cuerpo amarillo.

La resección cuneiforme en general, tiene por objeto la restitución del ovario a su tamaño normal aproximadamente, estando por consiguiente condicionada al tamaño hallado al realizar la laparatomía. Cuanto mayores son las dimensiones ováricas, más extensa será la resección.

Algo que hay que tener presente y que en general es actual en todas las intervenciones que debe realizarse en anexos, muy especialmente en esta clase de pacientes que presentan infertilidad, es la gentileza con que deben ser tratados los tejidos, evitando todo traumatismo en la serosa peritoneal. Es indispensable el uso de gasas bastante húmedas en suero a fin de provocar el mínimo de lesión peritoneal al realizar la separación de vísceras pélvicas, siendo quizá más recomendable la tracción digital del ovario fuera del campo operatorio y el uso constante de suero en la pelvis a fin de mantener húmeda la trompa todo el tiempo que dura la intervención. El catgut siempre debe ser muy fino, atraumático, procurando realizar un buen afrontamiento de los bordes cruentos a fin de evitar adherencias subsecuentes.

Para terminar diremos que en la mayor parte de las técnicas operatorias descritas en la poliquistosis ováricas o el Síndrome de Stein-Leventhal, parecería ser que el éxito tendría por común denominador el traumatismo realizado en el ovario. En este caso hasta se ha opinado que quizá si se tomase al ovario y se le aplicara un martillazo, podría comenzar a ovular. Esto nos ilustra que hasta el presente no hay base científica que respalda satisfactoriamente el éxito logrado con las diversas técnicas operatorias, algunas de ellas tan dispares como la resección medular y la decorticación, a las que se atribuye resultados de los más favorables.

## BIBLIOGRAFIA

Allen y Woolf-Medullary resection of the ovaries in the Stein-Leventhal Syndrome - Am. J. Obs. y Gyn. - 11-826-1959.

Axel Ingelman-Sundberg-Comunicación personal.

Benaim Pinto - El Síndrome de Stein - Leventhal.

Publicaciones de la Maternidad "Concepción Palacios" Caracas 1964.

Mazer and Israel - Diagnosis and treatment of Menstrual Disorders and Sterility V Edition.

Taylor, Edward - Esterilidad.