

BALANCE ORGANICO DEL UTERO

(*) Por el Prof. Dr. CARLOS D. SCHIAVO
ARGENTINA

La frecuente observación de que ciertas gestaciones de pacientes con alteraciones uterinas hacen una evolución que no guarda relación con la alteración existente, nos ha hecho pensar que en ellas deben existir factores aparentemente imponderables que son los responsables de esa desigual evolución.

Los conocimientos que se han ido adquiriendo en estos últimos tiempos han ido desentrañando la participación de esos supuestos imponderables, y al darnos la razón en nuestro modo de pensar justifican la necesidad de que pueda disponerse de un criterio uniforme para valorarlos.

Es así por ejemplo como las investigaciones sobre la arquitectura del útero han demostrado la desigual proporción que en ciertos casos de hipoplasias existe entre los elementos conectivos y musculares, justificando la división de ellas en hipoplasia de úteros duros e hipoplasias de úteros blandos.

Del mismo modo, los estudios sobre la estructura anatómica de la capa media del miometrio demostraron que ella no está constituida por fibras en disposición plexiforme como se suponía, sino que esa disposición no es más que la imagen producida al entrecruzarse los sistemas espiralados que la constituyen, con lo que por consiguiente se aclaró el diferente pronóstico que puede tener una misma alteración de las paredes uterinas según cual sea el lugar en que ella se encuentre, puesto que todas esas alteraciones no actúan sólo de por sí, sino perturbando el funcionalismo del sistema precitado.

Igualmente, los conocimientos sobre las diferencias histológicas, histoquímicas, y enzimáticas, que tienen ciertos endometriós de ciclos bifásicos aparentemente

normales, tanto en lo que respecta al desarrollo del endometrio, como a la pobreza de su vascularización, o a la deficiencia en sus sistemas enzimáticos representada por una disminución de la actividad de la fosfatasa alcalina, y del contenido celular de glucógeno, de glucosa-6-fosfatasa, y de ácido ribonucleico y desoxiribonucleico, nos explican las diferentes evoluciones que pueden tener las gestaciones que cursan en las pacientes que tienen una insuficiencia endometrial, aunque sus ciclos hayan sido perfectamente bifásicos.

Surge pues en forma muy evidente que es necesaria una correcta valoración de una serie de parámetros para tener una idea clara sobre el comportamiento que tendrá el útero en el curso de una gestación pero el problema se inicia cuando deben precisarse cuáles son esos parámetros, ya que si de acuerdo a lo dicho aceptamos por ejemplo el diagnóstico de ciclo bifásico guiados únicamente por la temperatura basal, podremos encontrarnos con la sorpresa de una interrupción de la gestación motivada por un endometrio insuficiente.

No hay ninguna duda que un ginecólogo experimentado puede determinar fácilmente la influencia que las alteraciones uterinas ejercerán en el pronóstico de una gestación; pero, lamentablemente, sabemos muy bien que no todos los especialistas tienen el suficiente bagaje de experiencia como para proceder con entera seguridad en los casos en que esas alteraciones son poco manifiestas.

Es por ello que desde hace varios años estamos acostumbrados a juzgar las posibilidades que existen para que en un útero pueda cursar una gestación, valiéndonos de un balance que hacemos mediante una numeración de cada una de esas po-

(*) Unidad de Atención Médica Integral "Rivadavia - Peralta Ramos". Servicio de Obstetricia.

sibilidades, y al cual hemos denominado "BALANCE ORGANICO DEL UTERO".

Por consiguiente, podemos entender como tal a la traducción numérica de la influencia que las alteraciones del útero juegan en el pronóstico de las gestaciones que en ellos se desarrollan.

Los factores que tenemos en cuenta para la determinación de este balance son cinco: 1º) Forma y tamaño del útero; 2º) Forma y capacidad de su cavidad; 3º) Estado, espesor, y tonicidad de sus paredes; 4º) Caracteres tróficos e histopatológicos del endometrio; y 5º) Vascularización endometrial. (Figura 1)

BALANCE ORGANICO DEL UTERO
PARAMETROS DETERMINANTES



Fig. 1

Decimos que el balance es favorable, y lo traducimos en una puntuación determinada, cuando la forma y el tamaño del útero es similar al de una pera mediana que haya sido aplastada en sentido antero-posterior; su cavidad remeda la figura de un triángulo isóceles y tiene una capacidad de 4 a 5 c.c.; sus paredes son sanas, de un espesor de 1 a 1.5 centímetros, y con una tonicidad que permite mantener su consistencia; el endometrio no presenta alteraciones anatomopatológicas y tiene un trofismo que guarda relación con el funcionalismo ovárico; y la vascularización endometrial es la correcta. Por el contrario el balance es desfavorable, y lo traducimos en una reducción de la puntuación, cuando las condiciones son las opuestas.

En nuestra práctica para la determinación de los factores mencionados seguimos el siguiente criterio semiológico:

1º) La forma y el tamaño del útero la apreciamos mediante el tacto genital y la neumopelviografía. Comenzamos con el tacto genital, mediante el cual buscamos no sólo de reconocer la forma y el tamaño del útero sino que tratamos de precisar sus restantes caracteres semiológicos, sobre todo los relacionados con su posición en la pelvis, su relación con los ejes del espacio, y la angulación del cuerpo con el cuello, todos los cuales son indispensables para juzgar la imagen que obtendremos con la neumopelviografía. (Figura 2). Conviene aclarar que generalmente realizamos la neumopelviografía en el mismo momento en que se efectúa la histerografía, puesto que así podemos determinar no sólo la forma y el tamaño del útero, sino también el estado y espesor de sus paredes.

2º) La forma y capacidad de la cavidad uterina la valoramos mediante la histero-

NEUMOPELVIGRAFIAS ANORMALES

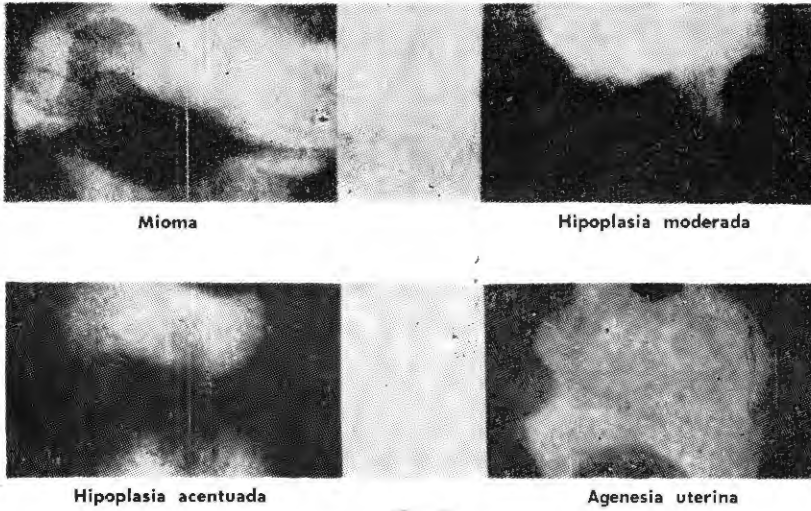


Fig. 2

grafía, la histerometría, y la determinación de su aforo. La histerografía la hacemos después de 5 días de terminar el sangrado menstrual y dentro de los 5 días si-

guientes, utilizando cánulas atornilladas al orificio externo del cuello a fin de obtener la imagen del endocervix (Fig. 3, 4, 5 y 6).

HISTEROGRAFIA

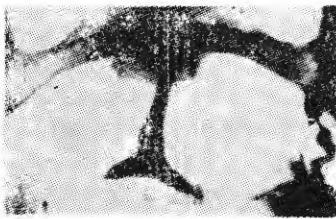


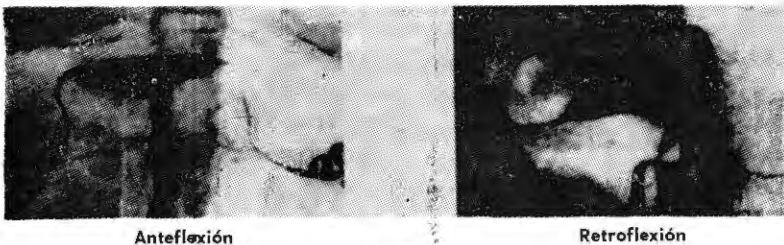
Imagen normal



Esquema de la imagen

Fig. 3

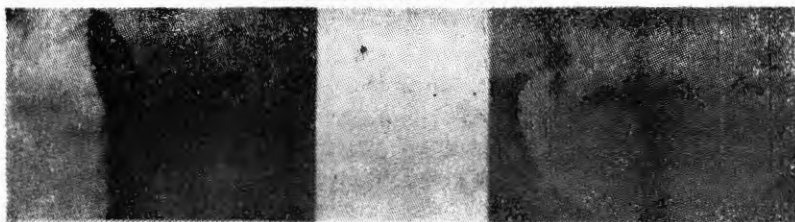
HISTEROGRAFIAS ANORMALES



Distopías

Fig. 4

HISTEROGRAFIAS ANORMALES



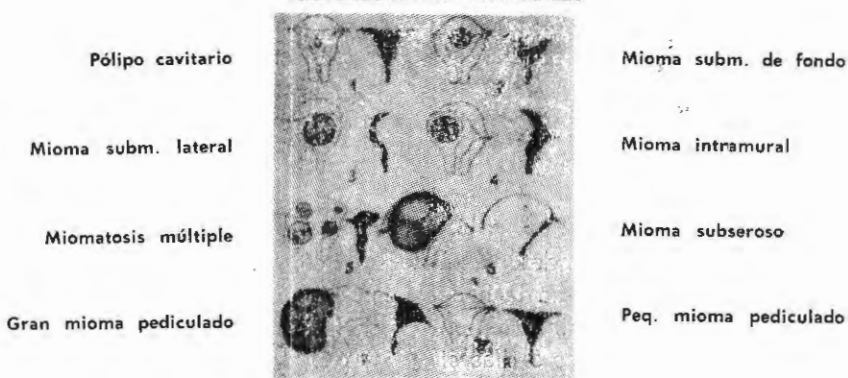
Utero bicornis

Malformaciones

Hipoplasia

Fig. 5

HISTEROGRAFIAS ANORMALES



Miomas

Fig. 6

Como dijimos, comúnmente la asociamos a la neumopelviografía, ya que en esa forma podemos tener la imagen de la pared uterina y juzgar sobre su estado y espesor.

La histerometría la realizamos con un his-

terómetro graduado desde el 0, y determinamos el largo total del cuello y el largo total del útero, para luego con esas dos cifras deducir el largo de la cavidad uterina, y la relación cervico-corporal. (Figuras 7, 8 y 9).

HISTEROMETRIA



Medir:

Largo del cuello (N: 3.5 cm.)

Largo total del útero (N: 7.5 cm.)

Determinar:

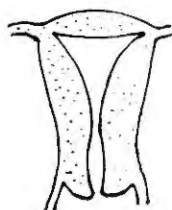
Relación cervico-corporal (N: 3.5/4)

Fig. 7

HISTEROMETRIAS ANORMALES

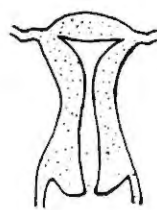
1.- Por reducción de medidas

a) Con relación conservada



Útero puberal

b) Sin relación conservada



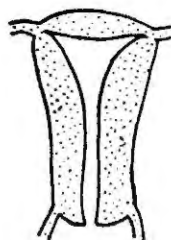
Útero infantil

Fig. 8

HISTEROMETRIAS ANORMALES

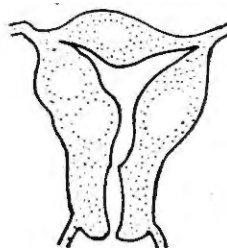
2.- Por aumento de medidas

a) Con relación conservada



Útero alargado

b) Sin relación conservada



Miomatosis

Fig. 9

Este modo de proceder nos parece sumamente sencillo y es lo suficientemente ilustrativo como para evitarnos los cálculos que preconizan algunos autores para llegar a la misma conclusión. En efecto, de acuerdo a nuestro criterio un caso normal se enuncia en la siguiente forma: Cervicometría: 3.5 Histerometría: 7.5 Relación cervico-corporal: $3.5/4$, lo que nos parece bastante sencillo e ilustrativo. En cambio si utilizamos por ejemplo el índice de Meaker, deberíamos a 7.5 restarle 3.5, a esa resta dividirla por 3.5, y al resultado multiplicarlo por 0.5, lo que nos

daría la cifra de 0.65 que es el índice que dicho autor considera como normal. Como vemos, no sólo hay que realizar una serie de operaciones, sino además memorizar la cifra considerada como normal para poder cotejarla con las que hallemos.

La determinación del aforo la hacemos en el momento de realizar la histerografía precisando la cantidad de substancia de contraste que se necesita para lograr el lleno de la cavidad uterina. (Figuras 10 y 11).

AFORO

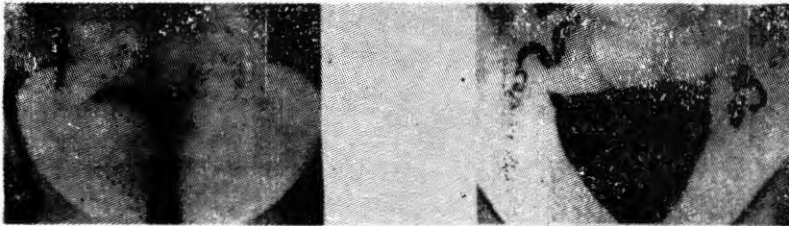
Precisar:

- a) Cantidad de substancia de contraste que logra el lleno de la cavidad (N: 5 c.c.)
- b) Cantidad que logra llenar el útero y las trompas (N: 10 c.c.)
- c) Cantidad con la que se logra el pasaje al peritoneo (N: 15 c.c.)



Fig. 10

AFOROS ANORMALES



Aforo disminuido

Aforo aumentado

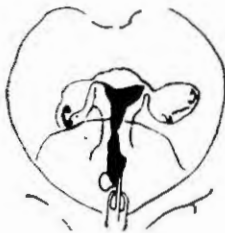
Fig. 11

3º) El estado, espesor, y tonicidad de las paredes uterinas lo valoramos mediante el tacto genital y la ginecografía, que se obtiene como sabemos combinando la histerografía con el neumoperitoneo.

El tacto genital nos ilustra sobre el estado y la tonicidad de las paredes uterinas, para lo cual nos valemos del reconocimien-

to de la sensibilidad, de la forma, y de la consistencia del útero. La ginecografía en cambio nos ilustra fundamentalmente sobre el espesor de las paredes uterinas, para lo cual nos valemos de la observación del espacio existente entre las imágenes de los medios de contraste que se utilizan para realizarla. (Figura 12).

GINECOGRAFIA



Esquema de la imagen



Imagen normal

Fig. 12

Es posible también mediante la ginecografía evaluar la tonicidad de las paredes uterinas, para lo cual se aprecia el tamaño que tiene la imagen de la cavidad, pero debemos aclarar que para ello se necesita que aquélla no esté deformada.

4º) Los caracteres tróficos e histopatológicos del endometrio los apreciamos mediante la biopsia endometrial. La realizamos en el premenstruo inmediato cuando la paciente menstrúa cíclicamente, o dentro de las 12 primeras horas de menstruar si sus periodos son acíclicos. Precisamos siempre el día del ciclo en que se la realizó, y exigimos al patólogo que informe correctamente sobre las lesiones que pudieran existir, y el estado de cada uno de los componentes del endometrio. Demás está decir que relacionamos los hallazgos realizados con el día del ciclo en que se la efectuó, y con el día en que se produjo la menstruación ulterior si ella se hizo en el premenstruo.

5º) La vascularización endometrial la apreciamos también mediante la biopsia del endometrio, solicitando al patólogo que

ponga especial empeño en la observación de las arterias endometriales.

Es decir, en síntesis, que con un buen examen ginecológico, completado con una histometría, una ginecografía, y una biopsia de endometrio, podemos obtener todos los datos necesarios para hacer un balance orgánico del útero.

Si se numeran los datos que se obtienen en esos estudios utilizando una escala de 0 a 2 para cada uno de los factores analizados se llega a un resultado que traduce los estudios efectuados, y si se suman esos resultados parciales se logra una cifra que representa el balance orgánico del útero en estudio. (Figura 13).

Acostumbramos a calificar con 0 cuando las alteraciones uterinas son muy notables, con 1 cuando son medianamente importantes, y con 2 cuando no hay alteraciones.

Decimos que el balance es favorable cuando la cifra obtenida es de 8 a 10, medianamente favorable cuando la cifra es de 5 a 7, y desfavorable cuando la cifra es menor de 5.

BALANCE ORGANICO DEL UTERO

VALORACION DE LOS PARAMETROS

Parámetros	Gran alt.	Alt. med.	Sin alt.
Forma y tamaño del utero	0	1	2
Forma y capacidad de la cavidad	0	1	2
Estado, esp. y ton. de la pared	0	1	2
Caract. trof. e hist. del endom.	0	1	2
Vascularización endometrial	0	1	2

Fig. 13