

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Consideraciones técnicas. Nuestro concepto

Dr. LUCAS MOLINA NAVIA

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis, tomando en cuenta su naturaleza de enfermedad evolutiva, justifica su importancia, porque permite mediante su estudio crítico, revisar las técnicas de la cirugía ginecológica y de la cirugía abdominal, para poder encuadrarlas dentro de los diversos aspectos anátomo-patológicos peculiares de la dolencia.

La doctrina y las técnicas de la Cirugía Conservadora en Ginecología tuvieron un brillante desarrollo, que pertenece en su mayor parte a los Maestros argentinos: Nicholson, Risolia, Cirio, Borrás, etc. No podemos olvidar a Stajano del Uruguay, a Wood de Chile y a St. Loup de Bolivia. Fueron los precursores de la Escuela Conservadora Latinoamericana. El año de 1947 corrió a nuestro cargo el Relato Oficial sobre el Tema con motivo del Primer Congreso Peruano de Cirugía. En el Segundo Congreso Latino-Americano y Cuarto Congreso Brasileiro de Obst. y Gin. se presentaron los importantes Relatos de los Prof. Martiniano Fernández y Carlos Guerrero.

Los tratamientos quirúrgicos, conservador y radical, en la endometriosis, vale decir, el empleo de sus procedimientos ajustados específicamente a la enfermedad endometriósica, corresponde al IV Capítulo de nuestro Relato Oficial, presentado al PRIMER CONGRESO PERUANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (1959). El Relato Oficial sobre el Tema del Prof. Martiniano Fernández, en esta misma oportunidad, enfocó en forma magistral la etio-patogenia y su estudio anátomo-clínico.

Como criterio rector del tratamiento quirúrgico, debemos considerar, que en el 80% de los casos, según las estadísticas, no ha sido posible el diagnóstico pre-operatorio. Por consiguiente, el descubrimiento de la dolencia ocurre, con mucha frecuencia, durante el acto operatorio. La modalidad de la técnica está subordinada a la localización, naturaleza, extensión de las lesiones y a la experiencia del cirujano. Sólo en el 20% es posible el tratamiento médico exclusivo o el combinado con la cirugía.

Otro concepto básico concierne a que las acciones terapéuticas, cualesquiera que se su modalidad, se realizan en el campo de un proceso EMINENTEMENTE EVOLUTIVO que está constantemente estimulado en su crecimiento, compromiso orgánico e infiltración de las diversas estructuras pelvianas, por la hormona folicular de los ovarios (Hiperestrinismo).

LA CIRUGIA CONSERVADORA EN LA ENDOMETRIOSIS

La doctrina de la Cirugía Conservadora varía substancialmente cuando se ejerce en el campo de la endometriosis, porque procura conservar los ovarios, un ovario o una porción de ovario, cuya persistencia es condición fundamental para la prosecución del proceso. Es por eso que la enseñanza de su práctica, establece ciertas reservas sobre los resultados definitivos. Los éxitos se miden por la evolución postoperatoria lejana, la buena respuesta consiguiente a los preparados hormonales apropiados, la obtención de embarazo en mujeres estériles, la desaparición de los síndromes regionales y disfuncionales, etc.

Por otra parte, los variados cuadros anátomo-patológicos, revestidos de características muy peculiares al proceso irritativo endometriósico y en donde predominan las reacciones fibro-plásticas, imponen una CIRUGIA FUNCIONAL ATÍPICA que pone en dura prueba al habilidad del cirujano. Es evidente la dificultad para la aplicación de estos procedimientos por las alteraciones, en diversos grados, de los órganos y tejidos pelvianos, en alguna de las cuales predominan las lesiones infiltrativas, como el cáncer, la invasión de los espacio celulares y hasta la perforación de las vísceras vecinas. Se comprende las serias dificultades para la conveniente liberación de los órganos, para una buena peritonización y para una segura hemostasis. Repetimos, se trata de una cirugía, cuya regulación depende, en gran parte, del cirujano y cuya adaptación se realiza de acuerdo con el cuadro lesional. A pesar de todo el esmero en la técnica, está expuesta a complicaciones del post-operatorio inmediato, entre las que sobresalen, la hemorragia por deficiente coaptación de las ligadura-suturas y la oclusión intestinal por la imperfecta peritonización.

La extensión de las lesiones no siempre está de acuerdo con las complicaciones y con los resultados funcionales. En apoyo de esta consideración relatamos algunos casos de nuestra práctica ginecológica, ocurridos en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima:

Nº 1.—Paciente de 34 años con síndrome de Counseller: dismenorrea, retroposición fija del útero, aperdigonamiento de Douglas. LAPAROTOMIA: Endometriosis del Douglas, infiltración rectal con adherencia a la cara posterior del útero e infiltración de los ligamentos útero-sacos. La liberación del útero, dejó una superficie mal peritonizada. Ligamentopexia complementaria. OCLUSION INTESTINAL AL QUINTO DIA. Reoperación: Cura de estrangulación del intestino delgado que presentaba un espolón adherencial útero-rectal. En la superficie cruenta residual se hizo un injerto libre de epinón a lo Goulart de Andrade. Curación.

Nº 2.—Paciente de 30 años. Esterilidad de 8 años. Dismenorrea y menorragias. ANEXECTOMIA DERECHA por gran quiste chocolate del ovario, aso-

ciado a una intensa reacción periquística que lo adhería a los órganos vecinos. Tratamiento con dosis moderada de testosterona. Primer hijo (1958) con operación cesárea. Actualmente tiene cuatro hijos. RECUPERACION DE LA FUNCION GENERATIVA, DESAPARICION DE LAS MENORRAGIAS Y CURACION DE LA ENDOMETRIOSIS RESIDUAL POR LAS GESTACIONES REPETIDAS.

Nº 3.—Z. de S. (Año 1959). 40 años. Menorragias. Tumor del cuerpo uterino, grande y doloroso. Laparotomía: Utero asiento de varios nódulos intramurales. Ovario izquierdo con quiste endometriósico de pequeñas dimensiones. Ovario derecho aparentemente sano. HISTEROCTOMIA SUBTOTAL CON CONSERVACION DEL ANEXO DERECHO. Apendicectomía complementaria. Alta al sexto día. Al 7º día secreción lactea abundante de ambos senos. Al 8º día hemorragia vaginal profusa e incontenible. Previa transfusión sanguínea de dos litros se practica una nueva laparotomía de urgencia: exploración de la región yuxta-cervical, perfectamente normal; rodeado de adherencias se encuentra el anexo derecho y todo el ovario transformado en un quiste negro, con abundante contenido serohemático, ANEXECTOMIA DERECHA. Cesación inmediata de la hemorragia cervical. Curación. VALE PENSAR EN LA ESTIMULACION HORMONAL DE LA HIPOFISIS OCASIONADA POR EL OVARIO PATOLOGICO Y LA PRODUCCION SECUNDARIA DE UNA HEMORRAGIA DEL CONDUCTO CERVICAL QUE SOLO SE DETIENE CON LA EXTIRPACION DEL ANEXO RESIDUAL.

A continuación presentamos las posibilidades de la Cirugía Conservadora en la endometriosis:

1.—Cirugía Conservadora de la función generativa.

a).—La resección de un campo de adenomiosis circunscrita del cuerpo uterino.

b).—La histerectomía parcial en U ó en V, respetando la continuidad de las trompas, en la adenomiosis del fondo uterino.

c).—La resección parcial en los ovarios, para tratar las lesiones circunscritas y superficiales.

d).—Salpingostomías, salpingoplastías (Malos resultados en la endometriosis). Salpingectomía unilateral (Salpingiosis unilateral).

e).—La anexectomía unilateral, indicada preferentemente en el quiste chocolate.

f).—Extirpación de los implantes peritoneales múltiples y pequeños. Estas lesiones son por lo general hallazgos operatorios. Son superficiales, no invasivos y que no tienen tendencia a progresar.

g).—Liberación de adherencias que engloban los genitales internos y cuidadosa peritonización de las áreas desnudas y su protección por injertos libres de epiplón conforme a la técnica de Goulart de Andrade.

h).—Ligamentopexia o histeropexia en la corrección de la retroposición adherente del útero. Histeropexia a lo Pestalozza que permitiría, además, cubrir las zonas denudadas del fondo y cara posterior del útero.

2.—Cirugía menstruconservadora en la endometriosis.

Tiene exclusiva aplicación en la endometriosis interna. Sus métodos son:

- a) La histerectomía fúndica de Achner.
- b) Las amputaciones parciales del útero a lo Risolia.
- c) Las histero-miometrectomías a lo Cirio, cuyo empleo debe ser excepcional en la endometriosis.

3.—Cirugía conservadora de la función endócrina.

Es patrimonio de la endometriosis interna y puede emplearse sola o combinada al tratamiento de focos coexistentes de endometriosis externa, especialmente si son unilaterales. Comprende cuatro modalidades:

- a) La histerectomía subtotal a lo Kelly-Desmarest.
- b) Las histerectomías subtotales anexo-angio conservadoras.
- c) Las histerectomías totales con preservación de uno o los dos anexos.
- d) Las histerectomías totalizadas mediante la decorticación del cuello uterino y con conservación de uno o dos anexos.

Nos atrevemos a señalar todos estos métodos y que lógicamente pueden merecer severas críticas en su aplicación tratándose de la enfermedad endometriósica; pero creemos que, en algunos casos, el cirujano está capacitado para seleccionar cualquier procedimiento reglado y aplicarlo, sin vacilaciones, confrontando durante el acto quirúrgico, el cuadro lesional, la edad de la paciente, los riesgos posibles y las posibilidades futuras.

Queremos recalcar el concepto de que la CIRUGIA GINECOLOGICA FUNCIONAL, aborda de un modo incompleto la curación de la enfermedad, puesto que las lesiones residuales al acto operatorio, pueden sobrevivir con la continuación de la actividad ovárica. Tampoco se debe olvidar las dificultades en su aplicación y el peligro de sus complicaciones por la naturaleza especial del terreno en que se ejecuta. En este aspecto, se puede prevenir la oclusión intestinal, haciendo una buena peritonización o completándola con artificios técnicos, entre los que merece citarse el injerto libre de epiplón a lo Goulart de Andrade; la hemorragia, empleando ligadura-suturas y material atraumático; y los implantes en la pared abdominal, por el perfecto aislamiento del campo operatorio.

La literatura registra numerosos éxitos felices, relativos al Tema y que naturalmente, avivan el entusiasmo para prodigar dichas técnicas quirúrgicas a la mujer joven. Los inmensos progresos de la HORMONOTERAPIA MODERNA, hacen más factibles estos entusiasmos, porque ya se tiene a la mano, poderosos recursos que cambian en muchos aspectos el carácter nosológico de la dolencia. Nos referimos a los nuevos esteroides, gestógenos orales, coadyudantes valiosos del tratamiento quirúrgico.

Es factible, mediante la terapia hormonal, detener la maduración folicular en el ovario, la ovulación no se produce y se establecen ciclos anovulatorios. Se obtiene el reposo funcional del ovario que representa una condición importante y que se aprovecha en la dismenorrea esencial, esterilidad funcional, endometriosis y prevención transitoria del embarazo. Nosotros empleamos, con preferencia, el ANOVLAR de la Schering Alemana, que utiliza 4 mgs. de acetato de nor-etisterona, gestógeno oral muy activo y que está potencializado con 0.05 mgr. de etinilestradiol. Con este preparado se bloquea la producción de las gonadotrofinas hipofisarias y los ovarios se mantienen en quietud fisiológica, su ingestión debe ser regular, ateniéndose a las dosis de una gragea diaria durante 24 días del ciclo. Carece de contraindicaciones.

La administración de gestógenos modifica los **cambios cíclicos habituales del endometrio**.— Se opera un crecimiento glandular al comienzo, sucede una regresión y se acompaña de una reacción acentuada del estroma. Los focos endometriales ectópicos, detienen su actividad cíclica al gestógeno y clínicamente desaparecen los síntomas dolorosos, del proceso. Si se mantiene la acción del gestógeno por largos períodos de tiempo, es posible conseguir la curación de la enfermedad, tal como lo logran los embarazos repetidos. Su administración después de las operaciones conservadoras puede evitar la progresión de las lesiones residuales. En los pocos casos de diagnóstico clínico de la endometriosis, su administración pre-operatoria, facilitaría el acto quirúrgico por el proceso de regresión y ablandamiento de las lesiones.

CONCEPTO Y METODOS DE LA CIRUGIA RADICAL EN LA ENDOMETRIOSIS

El concepto de la Cirugía Radical en la endometriosis, es diferente del que rige en los demás procesos ginecológicos. No tiene la pretensión de abarcar la totalidad de las lesiones, como en el cáncer, de modo que el clásico Wertheim y las excenteraciones pelvianas, están fuera de lugar. LA EXTIRPACION INTEGRAL DE LAS GONADAS FEMENINAS, es la condición principal, para la ERRADICACION DE LA ENFERMEDAD. Efectivamente, con la OOFORRECTOMIA INTEGRAL, las lesiones anátomo-patológicas, involucionan o desaparecen. La pelvis congelada de la endometriosis, trasunto de la reacción fibroplástica intensa del conjuntivo subperitoneal, que casi siempre imposibilita la his-

terectomía total, se funde progresivamente. Por eso la OOFORECTOMIA se torna en el tiempo indispensable, sobre todo, en los casos avanzados e inveterados, asociados al compromiso de órganos importantes, como el intestino delgado, el asigmoide, el colon transverso, el recto, el apéndice, la vejiga urinaria, etc. Tal es el concepto substancial que gobierna la Cirugía Radical en la endometriosis.

Sin embargo, la OOFORECTOMIA TOTAL, no siempre es factible. Las lesiones endometriales evolutivas, dentro del parénquima ovárico, originan los quistes chocolates y con el tiempo, el parénquima es laminado e incrustado dentro de las estructuras pelvianas, en la profundidad de los ligamentos anchos, difícil de extirpar por las sólidas adherencias establecidas. En otros casos, la imposibilidad de la operación radical sobre los ovarios, puede conducir a un estado de mal, con prolongados sufrimientos regionales y generales.

Recordamos la historia clínica de una paciente de 42 años de edad, sometida a varias laparotomías con el objeto de curar una endometriosis externa y extensiva. En la tercera intervención sólo pudo conseguirse una histerectomía subtotal. Vimos por primera vez a la enferma el año de 1935. La sintomatología pelviana era insoportable agravada por la implantación endometriósica en la cicatriz de la pared abdominal. Indicamos aplicaciones de radioterapia profunda. Curación.

La anexectomía bilateral, **debe ser completada siempre que sea factible con la extirpación de la mayor parte de las lesiones**, la histerectomía, la separación de las adherencias intestinales, la liberación de los uréteres y la separación del segmento afectado de la vejiga urinaria. En ocasiones se podrá requerir de la resección intestinal como tratamiento de las infiltraciones obstructivas. Adquiere entonces la Cirugía radical su significación habitual frente al proceso de endometriosis avanzado.

Enferma de 50 años portadora de extenso proceso infiltrativo pelviano. La urografía excretora demostró la dilatación de los cálices y pelvis renal de ambos lados. LAPAROTOMIA: Cuadro de pelvis congelada, útero y anexos englobados en denso magma adherencial a predominio fibroso. El primer tiempo, consistió en descubrir los uréteres por dentro de los infundibulos pelvianos; fueron liberados hasta su cruce con las arterias uterinas; separación dificultosa de los anexos. HISTERECTOMIA TOTALIZADA POR DECORTICACION DEL CUERPO UTERINO. Curación

El factor edad juega un rol secundario en las determinaciones de los métodos radicales frente al proceso. Así, como en el cáncer, prima la importancia del cuadro anátomo-patológico. Es por eso que no se puede prometer a las enfermas una conducta conservadora y conviene advertir, en el caso de ser adoptada, la posibilidad de reoperaciones o la utilización de radioterapia profunda.

Paciente de 34 años con cuadro pelviperitoneal agudo asociado a disuria y tenesmo rectal. Temperatura en agujas. Clínicamente se aprecia gran tumoración dolorosa que ocupa el abdomen. LAPAROTOMIA, supra e infraumbilical. Fuertes adherencias del tumor quístico a la pared, al mesenterio y al epiplón por arriba y adelante, soldado también al colon transverso; hacia la pelvis infiltrado a la vejiga, pared pelviana y uréteres. Vaciamiento por aspiración de 4 litros de secreción purulenta, mezclada con sangre y de mal olor. Separación meticulosa de todas las adherencias y aislamiento del tumor de los órganos abdominales y pelvianos. Los vasos iliacos y los uréteres quedaron al descubierto y una hemorragia en capa se pudo dominar por medidas usuales. HISTERECTOMIA CON EXTIRPACION DE AMBOS ANEXOS. Curación, se trataba de un quiste chocolate infectado.

DESDE NUESTRO RELATO OFICIAL SOBRE EL TEMA, Año de 1959, hasta la fecha, se han operado importantes transformaciones, en la conducta médica y quirúrgica de la endometriosis. Esto se debe, en gran parte, a los crecientes adelantos en el diagnóstico clínico, que procura descubrir formas relativamente jóvenes de la enfermedad de los síndromes regionales. Además, se ha operado un cambio manifiesto y de mayor confianza para la adopción de procedimientos conservadores, médicos, quirúrgicos y mixtos, apoyados en los relucientes progresos de la HORMONOTERAPIA MODERNA.

R E S U M E N

El autor apoya la cirugía conservadora en la endometriosis genital. Encuentra, sin embargo, algunas dificultades en su práctica por el hecho de que con poca frecuencia se diagnostica pre-operatoriamente, se asocia con lesiones que obligan a una mayor exéresis o se diagnostica en mujeres por encima del cuarto decenio de la vida.

Las posibilidades de la cirugía conservadora en la endometriosis son: Cirugía conservadora de la función generativa, con resecciones de endometriosis uterinas, resección parcial de ovarios y ooforectomía o salpingectomías unilaterales, etc.

Cirugía menstru conservadora, de indicación exclusiva en la endometriosis interna, con la histerectomía fúndica de Achner, las amputaciones parciales y la histeromiometrectomía.

La cirugía conservadora de la función endocrina, patrimonio de la endometriosis interna, con conservación de gonadas.

Estudia las posibilidades de la terapia hormonal como complemento de una cirugía conservadora pero con lesiones residuales, aprovechando los gestágenos.