



Hace 55 años

Cirugía de los tumores y secuelas infecciosas del aparato genital durante el embarazo*

*Por el Dr. Óscar AGÜERO**Agregado de Clínica Obstétrica.**Universidad de Caracas, Venezuela.*

La cirugía de los tumores genitales durante el embarazo sigue el principio general de todas las intervenciones quirúrgicas en la gravidez, esto es, es una cirugía de necesidad y en este caso con mayor razón ya que la manipulación de los órganos genitales implica siempre el riesgo de interrupción del embarazo, y aunque si bien es cierto que dicho riesgo ha disminuido considerablemente en los últimos tiempos, nunca puede asegurarse que tal o cual intervención no influirá el curso del embarazo. De modo que puede decirse con WILSON y MUSSEY (1): "El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas condiciones que pueden inmediata o tardíamente amenazar la vida de la madre o que pueden afectar ulteriormente el progreso normal de la gestación o del subsiguiente parto". Así pues, en las intervenciones genitales durante el embarazo debe tenerse siempre presente este riesgo para poner en acción las medidas generales pre y post-operatorias de la moderna cirugía, amén de las especiales de estos casos, como manejo mínimo y cuidadoso del útero grávido, realización de sólo la cirugía necesaria y empleo de medicación inhibidora de las contracciones uterinas (morfina, progesterona) antes y sobre todo después de la intervención.

En la cirugía de los tumores genitales durante el embarazo hemos de considerar las intervenciones que se efectúan a nivel de la vulva, vagina, cuello uterino, útero mismo y sus anexos, y para dar una idea actual del problema de esa cirugía, hemos revisado, hasta donde nos ha sido posible, la literatura de los últimos diez años.

VULVA Y VAGINA

En la vulva y vagina las tumoraciones benignas más frecuentemente encontradas son: quistes de Gartner, fibromas, quistes dermoides, quistes de Bartolino, elefantiasis, linfogranuloma, condilomas, granuloma venéreo, etc.

La relativamente rara ocurrencia de estos tumores vulvo-vaginales en asociación con el embarazo hace que sea difícil exponer un criterio racional basado en observaciones numerosas; así TAUSSIG (2) consideraba que las operaciones sobre los genitales externos producían más fácilmente contracciones uterinas e interrupciones del embarazo que las operaciones abdominales mayores; por el contrario, GREENHILL (3) manifiesta que "las operaciones sobre los genitales externos tales como los labios y la vagina prácticamente no tienen efecto sobre la gestación.

En lo que se refiere a los quistes vaginales, WILDER (4) expone las tendencias existentes: por una parte, los que aconsejan dejar evolucionar el embarazo y si ocurre distocia ocasionada por el quiste, vaciar éste por punción y extraerlo después del parto; otros aconsejan la extirpación durante el embarazo para evitar las posibles distocias.

Este último criterio es en general aceptado para la mayoría de los tumores genitales y autores como KELLER y GINGGLER (5) y KERR (6) agregan además que la extirpación debe hacerse no muy cerca del fin del embarazo por la presencia de la herida operatoria. Creemos que puede decirse en la actualidad que cuando los tumores son de volumen suficiente como para causar trastornos a la expulsión fetal, su extirpación debe ser realizada en época oportuna (primeros meses del embarazo) para evitar que la cicatrización sea un problema futuro.

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:391-394.

Cuando las enfermas son vistas con embarazos ya avanzados dichas tumoraciones pueden ser una indicación de cesárea y en especial nos referimos a la enfermedad de Nicolas-Fabre, que en nuestro país es causa importante de histerotomías.

CUELLO

En el cuello las tumoraciones más a menudo encontradas son el pólipo y el fibroma. Su situación en el canal genital y los obstáculos que pueden oponer a la progresión fetal hacen que se proceda casi siempre a su extirpación, recomendándose el *mínimum* de maniobras ya que se ha dicho que las operaciones sobre el cuello uterino se acompañan de una alta incidencia de interrupciones del embarazo.

FIBROMIOMA UTERINO

Las relaciones entre el embarazo y el fibromioma han atraído siempre la atención de los autores y numerosos reportes pueden encontrarse en la literatura de los últimos diez años.

Son de todos conocidas las modificaciones que experimentan los fibromiomas bajo la influencia del embarazo, modificaciones que recaen sobre su forma, localización y estructura; sin embargo, la tendencia actual es la de aceptar que en la mayoría de los casos el fibromioma tolera la presencia de la gravidez y que con poca frecuencia origina complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Cuando estas complicaciones se presentan en el embarazo se manifiestan por necrosis, torsión, enclavamiento del útero, oclusiones intestinales, etc. En estos casos y especialmente en la degeneración del tumor, con mucho la más frecuente de las alteraciones de los miomas, es cuando toca a la cirugía resolver el problema, problema que en la actualidad se encuentra en el siguiente estado:

En las laparotomías practicadas en embarazos no a término, las intervenciones practicables serán la miomectomía y la histerectomía. La miomectomía, aunque en términos generales la operación más aceptada, cuenta con opositores quienes le achacan una alta incidencia de abortos y una cifra considerable de mortalidad materna; así, GEMMELL (7) en una revisión de 475 miomectomías en embarazadas encuentra 65 abortos y 10 muertes mater-

nas; autores más recientes (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) en 149 miomectomías reportan 40 abortos. Basándose en estas cifras, algunos emiten juicios como "la miomectomía está raramente indicada". Sin embargo, creemos que la miomectomía es la operación de elección siempre que sea posible y que la histerectomía sólo debe practicarse cuando a ella obliguen la multiplicidad de los fibromiomas, el tipo de fibroma o las lesiones encontradas. Debemos recordar aquí los riesgos operatorios que acompañan frecuentemente a las miomectomías, sobre todo representados por las adherencias epiploicas y las hemorragias del lecho del tumor, que han hecho decir a GREENHILL (3): "Con frecuencia la miomectomía es una operación técnicamente más difícil que una histerectomía supravaginal".

En las operaciones necesarias ya en la época de la viabilidad fetal hay también dos operaciones que se reparten la preferencia de los cirujanos: la cesárea-histerectomía y la cesárea-miomectomía, siendo quizá la primera la que cuenta con mayor número de partidarios, imputándose a la segunda, dificultades técnicas y pérdida sanguínea considerable. Creemos que las circunstancias de cada caso son las que deben decidir entre una u otra intervención ya que es evidentemente exagerado extirpar un útero por la sola presencia de un mioma subseroso pediculado.

Hay además un punto de interés práctico que conviene mencionar y es el de la conducta ante los embarazos después de miomectomías, aconsejando unos la realización de cesáreas electivas y otros la espera del parto espontáneo. Es éste un aspecto que no puede, en ninguna forma, ser sometido a esquemas rígidos y debe individualizarse según las circunstancias operatorias: cuando la miomectomía ha sido sencilla y ha dejado una cicatriz de poca importancia puede y debe esperarse el parto por vías naturales; en caso contrario la cesárea antes del trabajo está indicada. De todos modos el punto importante a retener es la vigilancia atenta y cuidadosa de estas embarazadas.

TUMORES OVÁRICOS

La literatura reciente contiene numerosas publicaciones sobre la asociación de tumores ováricos y embarazos, encontrándose muchos de sus diversos tipos histológicos: quistes simples, dermoides, luteínicos,

endometriosis, tumores en células de la granulosa, tumor de Brenner, disgerminoma, arrhenoblastoma, dominando la frecuencia de los quistes simples y los dermoides y considerándose como rarezas: los tumores de Brenner con 5 casos publicados, los disgerminomas con 11 casos y la endometriosis y quistes endometriales con 19 casos, según HAMILTON y HIGGINS (15).

La cirugía de los tumores ováricos presentaba hace unos años un problema más complejo que el de los fibromiomas uterinos ya que se consideraban dos factores opuestos que intervenían con igual peso: por una parte, la mayor frecuencia de complicaciones como aborto, torsión, ruptura, hemorragia, infección, rotura del pedículo y una mayor tendencia hacia la malignidad, especialmente en los quistes del ovario; y por otra parte, la necesidad de extirpar durante el acto quirúrgico uno o ambos ovarios y con ellos el cuerpo lúteo gravídico, hacía temer la interrupción del embarazo por déficit hormonal. Actualmente, gracias a las observaciones numerosas reportadas en las que el embarazo ha llegado hasta el término a pesar de la eliminación de ambos ovarios aun en embarazos muy jóvenes, ha simplificado el problema arriba mencionado y hoy se considera como la tendencia correcta, la intervención en todo caso diagnosticado durante el embarazo.

De modo que la conducta actual ante los tumores ováricos difiere de la seguida para con los fibromas y podemos resumirla así: a) en los tumores no complicados es aconsejable la intervención una vez hecho el diagnóstico, especialmente en el segundo trimestre del embarazo cuando ya la placenta está funcionando plenamente, cuando existe una menor irritabilidad uterina, para disminuir al mínimo los riesgos de interrupción del embarazo. De aquí que sea necesario insistir en la necesidad del diagnóstico precoz de dichos tumores ya que, pasada la época óptima del segundo trimestre, la conducta difiere y se intervendrá sólo cuando aparezca alguna de las complicaciones o cuando la situación del tumor ofrezca obstáculos al parto. En los tumores no complicados y que han permitido un parto espontáneo debe procederse a la extirpación del tumor en el puerperio inmediato, puesto que las bruscas modificaciones involutivas del

aparato genital con una gran frecuencia (20% según HAMILTON y HIGGINS) (15) originan torsiones del tumor. b) En los tumores complicados la intervención debe ser practicada sin demoras, sin tener en cuenta la edad del embarazo, debiendo recordar aquí que el retardo en la operación puede conducir al hallazgo de graves lesiones, tanto de los órganos genitales mismos como de los órganos vecinos.

SECUELAS INFECCIOSAS

Entre las secuelas infecciosas del aparato genital la más importante desde del punto de vista que nos ocupa, la constituye la salpingitis. Durante el embarazo las salpingitis pueden manifestarse como un proceso inicial, traducción de lo que alguien ha llamado "impregnación e infección simultáneas", o bien como exacerbación de un proceso antiguo. Pocos datos precisos existen con respecto a la frecuencia de los procesos salpingianos con manifestaciones durante la preñez, y LENNON (16) en una revisión reciente, sólo pudo encontrar cinco publicaciones al respecto. Este autor es de opinión de que dichos procesos deben ser mucho más frecuentes de lo que se cree.

Aunque en la actualidad el tratamiento de las salpingitis se orienta hacia las medidas, no raramente la cirugía se emplea en la asociación salpingitis-embarazo, como consecuencia de un error diagnóstico y se hacen laparotomías con el diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico o de apendicitis aguda.

CONCLUSIÓN

La cirugía de los tumores genitales durante el embarazo puede recaer en cualquiera de los órganos integrantes del aparato genital, pero hay dos condiciones que dominan la frecuencia de esas intervenciones: el fibromioma y los quistes ováricos. En esta cirugía debe tenerse siempre presente que su realización es un hecho de necesidad, que el manejo genital debe ser suave y cuidadoso, que debe limitarse la cirugía a lo indispensable y que deben extremarse los cuidados pre y especialmente los post-operatorios.

Referencias

- 1) R. Wilson, R. Mussey.- Surg. North America. Agosto 1949.
- 2) F. Taussig.-Abortion. C. V. Mosby. 1948.
- 3) J. P. Greenhill.- Surg. Clin. North America. Febrero 1950.
- 4) E. Wilder.-West. J. Surg. 50: 168. 1942.
- 5) R. Keller y A. Ginglinger.-La Chirurgie en Obstetrique. Masson. 1946.
- 6) M. Kerr y Ch. Moir. Operative Obstetrics. Balliere, Tindall & Cox. Quinta edición. 1949.
- 7) A. Gemmell.- J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 43:736. 1936.
- 8) R. Mussey, J. Randall, Doyle.- Am. J. Obst. Gynec. 49: 508. 1945.
- 9) C. Colmeiro Laforet.- Rev. Esp. Obst. Gin. 6:260. 1947.
- 10) A. Ravagnan.- Embarazos complicados por tumores de ovario y fibromiomas uterinos. El Ateneo. 1942.
- 11) E. Buckell.- J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 54:70. 1947.
- 12) N. Phillpot.- Surg. Gynec. Obst. 90:557. 1950.
- 13) E. Anderson.- Trans. Pacif. Cost. Soc. Obst Gynec. 14: 109. 1947.
- 14) P. Vara, A. Bardy.- Ann. Chir. et gynaec. Fennia. 36: 193. 1947.
- 15) H. Hamilton, R. Higgins.- Surg. Gynec. Obst. 89:525. 1949.
- 16) G. Lennon.- J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 43 :736. 1936.

medigraphic.com