

## Problemas Quirúrgicos en Ginecología Geriátrica (1)

*Drs. García-Triviño, Aguirre y López Oliveros*

J A E N

Señores:

La Maternidad Provincial de Jaén, acude gozosa y agradecida, a la llamada de esta querida Sociedad Ginecológica Andaluza, en su X Reunión, para desarrollar la Ponencia que le fue encomendada: Problemas Quirúrgicos en Ginecología Geriátrica.

En el desarrollo del tema estará siempre presente un carácter eminentemente clínico —que no otra cosa es posible en nuestro modesto puesto de trabajo— y traducirá, eso sí, un criterio nuestro, bueno o malo, pero basado en una experiencia de casos vividos uno a uno y día a día. Nuestro trabajo se inicia en el Consultorio y se continúa en el Quirófano y en la Enfermería, personalmente, directamente. Su bibliografía la integran exclusivamente,

las historias clínicas de las mujeres que tuvimos que diagnosticar y tratar nosotros.

Todo nuestro esfuerzo, nuestro quehacer diario, empapado en ese sudor que sólo el cirujano conoce y a veces también, de lágrimas que oculta nuestra careta y derramadas ante la contemplación del dolor humano sin remedio, quisiéramos que tuviera la fragancia y la delicadeza de un ramillete de violetas, para ofrendarlo en esta mañana primaveral de la incomparable Ronda, el más admirable y más adorable de los seres vivos y precisamente en un momento de su ciclo biológico en que más precisa de delicadezas y de amor y en el que por su larga vida, más acreedor se hizo de la admiración y de la gratitud del hombre, al que en todo momento, en

(1) Ponencia encargada a la Maternidad Provincial de Jaén, por la Sociedad Ginecológica Andaluza, para su X Reunión. Ronda, 1-Mayo-1967.

toda edad, COMPLEMENTO, por designio generoso del Altísimo.

#### *Consideraciones generales*

La mujer senil, la que entra en el terreno de la Geriatria, es la que terminó su Climaterio. Como en todo momento biológico, las cifras son oscilantes; unas mujeres envejecen antes que otras, pero había que concretar para catalogar y ordenar nuestro material de estudio y por ello hemos señalado en los 60 años en general, el comienzo de la senilidad femenina, siendo ya sólo Dios quien en cada caso, puede señalar el final de la misma.

Si la vida media se ha elevado en cifras, también en cifras se elevó el comienzo de la senilidad en la mujer, siendo ello más apreciable en la mujer de la ciudad. Este retardo en la llegada de la vejez, no sólo afecta a su aspecto exterior, sino que llega a lo más profundo de su ser. Esta realidad que la práctica comprueba a diario, obliga al Ginecólogo a mostrar ante la mujer senil, un profundo respeto a su sexualidad, que quizás no se manifieste más que en rescoldos, pero que está presente más tiempo de lo que puede creerse.

Los padecimientos genitales de la mujer senil, son casi exclusivamente de naturaleza quirúrgica, no sólo por la índole de esos padecimientos, sino que también por el fracaso de la medicina, para tratar

otros que son de índole médica, que ante ese fracaso, al menos para curar molestias, conducen también a soluciones quirúrgicas. Por eso, la cifra porcentual de intervenciones en ginecología geriátrica, es elevada. ¡Que hasta en eso también, se diferencia el final y el comienzo de la vida femenina!

La "fragilidad quirúrgica" de la senil, es incuestionable y aumenta según se elevan los años, pero es evidente que con el perfeccionamiento de la técnica y sobre todo, con el progreso de la Medicina y la Anestesiología, esa fragilidad ha disminuído en tales términos, que se opera la mujer cuando lo necesita. El estudio y tratamiento médico pre y post-operatorio ha sido factor decisivo en los resultados. La colaboración del Internista y del Anestesiólogo, siempre fructífera, en Ginecología Geriátrica, es INDISPENSABLE.

Atenuado el riesgo quirúrgico, la elección de método o técnica, habrá de estar presidido por la seguridad en los resultados remotos. Si la operación es siempre un ente indeseable, lo es más en estas circunstancias ya que la mujer y en plazo breve, puede hacerse inoperable, y por lo que le reste de vida será testigo de nuestro fracaso y portadora de las mismas o mayores molestias y riesgos que la llevaron al quirófano. En la elección, no podemos olvidar que, seguridad equivale a RADICALISMO y ese radicalismo

necesario puede esquematizarse en base superior. Cuanto más cerca estamos de esa base, mayor radicalismo se hace preciso. En una ocasión le oímos al viejo Conill, "el útero de la senil, como sus ovarios, sólo sirven para matarla". Por el contrario, al acercarnos al vértice de ese triángulo (representado por los Genitales externos), sólo seremos radicales en procesos malignos, o fácilmente malignizables o creadores por la patología benigna, de sufrimientos intolerables. Consideremos que en esos genitales externos se albergan los restos de la sexualidad femenina. En todo caso y más en la mujer casada, salvo su previa autorización, jamás mutilaremos en esa esfera de su anatomía genital.

*Material y Métodos*

Hemos revisado nuestro material clínico oficial en el lustro 1962-966 y sólo en enfermas que habían cumplido los 60 años de edad. En este ambiente y condición, han aparecido 193 enfermas. En ellas se han practicado 157 operaciones. Ni en el acto quirúrgico ni en el postoperatorio inmediato, hemos tenido defunción alguna.

Los diagnósticos que se establecieron y en orden de frecuencia, fueron los siguientes:

Procidencia Uro-genital	
en general ... ..	90 casos
Enfermedad Trófica vul-	
go-vaginal ... ..	29 "

Epitelioma Cervical ...	12 casos
Adenocarcinoma Endo-	
metrial ... ..	11 "
Carcinoma de Vulva ...	9 "
Metrorragias seniles in-	
específicas ... ..	7 "
Pólipo de cuello uterino	6 "
Quiste Ovarico ... ..	5 "
Carcinoma Ovarico ...	5 "
Caruncula Uretral ... ..	5 "
Desgarro Completo de	
Perine ... ..	3 "
Mioma Uterino ... ..	2 "
Endometritis (Diagnósti-	
co histológico) ... ..	2 "
Parametritis Posterior ..	1 "
Piometra ... ..	1 "
Sarcoma del Cervix ...	1 "
Quiste Vulvar ... ..	1 "
Carcinoma Primitivo de	
Vagina ... ..	1 "
Bartolinitis supurada ...	1 "

Total casos ... 193

*Comentarios.*

En este cuadro de Diagnósticos en la senil, destaca en primer lugar en orden de frecuencia, el Prolapso en general. Le sigue la Enfermedad Trófica de vulva y enseguida, el Cáncer, más frecuente el uterino (con cifras muy similares el del cuello y el del cuerpo), y finalmente, el de Vulva. Creemos que salvo esa cifra nuestra de carcinoma cervical a esta edad (clásicamente predomina el del cuerpo

uterino), la proporción entre carcinoma uterino y vulvar coincide con las proporciones que dan Estadísticas de Servicios numerosos. A renglón seguido del Cáncer, figura la Metrorragia senil "sine materia" o inespecífica. Siguen los Tumores ováricos (casi por igual los benignos y los malignos) y es una rara casualidad que en estadística reducida, parezca un Sarcoma del Cerviz y un Carcinoma primitivo de vagina, tumores muy poco frecuentes en general. Tampoco es frecuente el Mioma a esta edad, dándose sin embargo, dos casos. De hasta dónde puede llegar el pudor femenino en nuestro agro, o la ignorancia, dan muestra tres casos de Desgarro completo del perine, que databan de 30 o más años (desde el primer parto de estas ancianas), que sólo ahora acuden a curarse de las insoportables molestias que esa lesión proporciona.

Si agrupamos los diagnósticos con visión panorámica, veremos que pueden sintetizarse en dos grandes Grupos: Enfermedad Trófica y Neoplasias. En la Enfermedad Trófica y en sentido AMPLIO, incluimos junto a lo clásico, el Prolapso senil, ya que para nosotros, también expresa ATROFIA, no ya de tegumentos, sino del Retináculo o Sistema de Sostén uterino. Creemos que la misma causa que crea la atrofia de tegumentos (Kraurosis), crea la del Tetináculo. Proba-

blemente, la causa o "concausa" que crea Neolapsia es antagónica a la que crea Atrofia y por ello y a título de sugerencia, quizás de hipótesis de trabajo, resaltamos como, según nuestra experiencia de muchos años de práctica, no vimos concomitar Cáncer Uterino y Kraurosis, como no vimos Prolapso senil y Cáncer. Descartamos el especial caso del cáncer vulvar, siempre insertado sobre una base trófica vulvar. Insistimos en la no concomitancia entre Atrofia y Cáncer Uterino. Atrofia y Cáncer, uterino, los vimos en mujeres de tipo muy distinto. La Enfermedad Trófica, en mujeres precozmente "desfeminizadas", magras, con vello en la cara, con atrofia mamaria... mientras que el Cáncer uterino senil, lo vimos por el contrario, en mujeres que han conservado "lozanía" en su vejez.

Ante estos hechos, nos preguntamos: ¿No serán los Estrogenos, total y prematuramente ausentes, los que al faltar creen la Atrofia? ¿No serán los Estrogenos, que producidos anormalmente más allá del climaterio, tengan el origen que tengan, los que contribuyan como Agentes de Realización, a la enigmática Etiopatogenia del Cáncer? Bien caro pagaría en ese caso la mujer, esos años de prolongada lozanía de que disfrutó. Ya han sonado voces alertadoras, de que los frotis vaginales "lozanos" en edad avanzada, deben ser muy vigilados

pues, un buen día, pueden ya aparecer en ellos las primeras monstruosidades nucleares de la malignidad.

*Operaciones practicadas.*

De las 193 enfermas de nuestra estadística, fueron operadas 157. Las 36 restantes, o no aceptaron la intervención propuesta, o están aún en intento de tratamiento médico de su enfermedad benigna, o su edad avanzadísima o su estado general, no permitiendo la intervención, o se trataba de cancerosas avanzadas que han sido radiadas o tratadas con Citostáticos, en el Departamento de Oncología.

Todas fueron estudiadas médicamente antes de la intervención. Su Anestesia ha sido muy cuidado procurando huir de las mezclas anestésicas y dando gran importancia a que estuvieran siempre muy oxigenadas y que su presión sanguínea no bajase durante la intervención. Salvo casos de Cleisis vaginal, que ejecutamos con Anestesia local, las operadas lo han sido, sobre todo en estos últimos tiempos, con una técnica de la que estamos particularmente satisfechos: Técnica que en nuestro Servicio, tuvo su origen en Obstetricia (donde hay un feto tan frágil para la anestesia, como pueda serlo una vieja que precise operación); técnica que al irnos tan bien, la llevamos a la Cirugía Senil:

Nos referimos al Tío-barbital en goteo (1,50 gramos en 500 c. c. de solución glucosalina) y asociado al Gamma-OH, como anestésico o somnífero de base. En la inducción sólo actúa y sin prisa, el goteo barbitúrico (previa atropinización). En cuanto la enferma estar adormilada, ponemos dos ampollas de Gamma OH (4 gramos) con lo que el sueño es enseguida, profundo. Esperamos a que la enferma duerma bien y entonces, con dosis pequeñas de Succinil-colina (50 miligramos), practicamos la intubación e iniciamos la respiración controlada y muy abundante en oxígeno. El goteo, se cerró en cuanto la enferma está intubada y sólo de vez en cuando, siempre por breve espacio de tiempo, lo abrimos; al final y por larga que haya sido la intervención, nunca hemos gastado ni la mitad de la solución. Con esta técnica, la enferma permanece tranquila, tiene un sueño casi fisiológico, con respiración profunda en cuanto pasa el efecto del Relajante, con sus tensiones normales y perfecto tono capilar.

En el postoperatorio, las alimentamos pronto, las movilizamos pronto y pronto las levantamos (en cuanto ellas lo desean). Apenas sólo nos auxiliamos de algún Antibiótico, preferentemente Penicilina si no hay contraindicación, o Tetraciclina en caso contrario.

Las operaciones practicadas han sido:

Histerectomía vaginal Plástica	40	cia de esfuerzo), al tiempo que deja
Histerectomía Abdominal Total, Simple ... ..	23	a la mujer perfectamente capacitada para las relaciones sexuales.
Histerectomía Istmica ... ..	6	Dos hechos garantizan la no reaparición: Suprimidos el utero (la parte más pesada del bloque pélvico y
Histerectomía Ampliada ... ..	3	por tanto sobre la que más actúa la
Colpocleisis Parcial de Lefort	11	Gravedad), pero es que además, sabemos que donde esté el utero situado, estarán los órganos que le
Operación a lo Manchester ...	4	están unidos, que le son solidarios
Plastias vaginales y perineales	8	en la estática pélvica; si él está normalmente situado (porque un
Plastia de Cuello vexical a lo Ball ... ..	1	Retináculo eficaz así lo condiciona), los demás órganos no se prolapsarán; si él desciende (por circunstancias anatómicas opuestas), fallo
Vulvectomía Simple ... ..	11	del Retináculo, llevará consigo a sus órganos vecinos, y basta suprimirlo, para que ellos queden normalmente situados; lo comprobamos ya durante la intervención:
Operación de "Resección" ...	5	Una vez extirpado el utero, todo aquello que estaba prolapsado, que nos estorbó incluso durante la histerectomía, se eleva y hay que ir a buscarlo para continuar la intervención (vejiga, pedículos, plicas peritoneales). De otra parte, porque la Histerectomía crea, lo que Hígier llamó "fijación cicatricial del muñón", auténtica pexia del extremo vaginal. Ya insistimos en este punto en la Reunión de Almería, al tratar de el Prolapso del Muñón residual (que es más frecuente en la Histerectomía ístmica y nada frecuente —inexistente— en el Werrtheim y el Histerectomía vaginal), pues esa fijación es tanto mayor, cuanto mayor fue la atricción qui-
Vulvectomía Ampliada ... ..	7	
Plastia, por Desgarro Completo de perine ... ..	3	
Ovariectomía ... ..	2	
Laparotomía Exploradora (tumores avanzados) ... ..	3	
Pilipectomía ... ..	6	
Legrado para biopsia endometrial ... ..	18	
Extirpación de Quiste Vulvar	1	
Incisión de Bartolinitis supurada ... ..	1	
Electrocoagulación de Caruncula uretral ... ..	4	
Total ... ..	157	

#### *Elección de Método y comentarios.*

En el tratamiento del gran grupo de Prolapsos, hemos preferido siempre la Histerectomía Vaginal Plástica, que venimos practicando desde hace muchos años. Es el método más seguro frente a la recidiva —que nunca observamos— y resuelve todos los problemas del gran Prolapso (incluyendo la Incontinencia

de esfuerzo), al tiempo que deja a la mujer perfectamente capacitada para las relaciones sexuales. Dos hechos garantizan la no reaparición: Suprimidos el utero (la parte más pesada del bloque pélvico y por tanto sobre la que más actúa la Gravedad), pero es que además, sabemos que donde esté el utero situado, estarán los órganos que le están unidos, que le son solidarios en la estática pélvica; si él está normalmente situado (porque un Retináculo eficaz así lo condiciona), los demás órganos no se prolapsarán; si él desciende (por circunstancias anatómicas opuestas), fallo del Retináculo, llevará consigo a sus órganos vecinos, y basta suprimirlo, para que ellos queden normalmente situados; lo comprobamos ya durante la intervención: Una vez extirpado el utero, todo aquello que estaba prolapsado, que nos estorbó incluso durante la histerectomía, se eleva y hay que ir a buscarlo para continuar la intervención (vejiga, pedículos, plicas peritoneales). De otra parte, porque la Histerectomía crea, lo que Hígier llamó "fijación cicatricial del muñón", auténtica pexia del extremo vaginal. Ya insistimos en este punto en la Reunión de Almería, al tratar de el Prolapso del Muñón residual (que es más frecuente en la Histerectomía ístmica y nada frecuente —inexistente— en el Werrtheim y el Histerectomía vaginal), pues esa fijación es tanto mayor, cuanto mayor fue la atricción qui-

rúrgica al Retináculo, todo lo contrario de lo que clásicamente se admitía.

Le siguen en nuestra preferencia la Cleisis vaginal parcial de Lefort, reservada para los grandes Prolapsos seniles, en mujeres viudas o muy ancianas y que por su estado general deben sufrir el menor trauma quirúrgico posible. La hacemos incluso, con Anestesia local.

La operación a lo Manchester tiene menos aplicaciones en esta edad. Es más propia para tratar el Prolapso medio en mujeres que aún deben conservar la función menstrual. En la senil, no tiene más indicación que el prolapso con gran Cistocele y cuello que baja mal, por resistir aún el Parametrio posterior. La hemos hecho sólo tres veces en esta estadística.

Todos los demás medios de tratamiento del Prolapso están hace tiempo eliminados en nuestro medio (Suspensiones ligamentarias, Histeropexias, Interposiciones, cleisis vulvares, etc., etc.). Todas son técnicas ineficaces y condenadas, tarde o temprano, a la recidiva.

En el Prolapso vaginal, con Cisto y Rectocele, con utero normalmente posicionado y normal y haya o no, incontinencia de esfuerzo, practicamos Plastias vaginales y myo-fasciales complejas y de Suelo pélvico. En el tiempo anterior, siempre plisamos a nivel del cuello vexical (Plastia directa de Stoeckel) resta-

bleciendo el ángulo ureterovexical. En la Plastia perineal, siempre conservamos amplitud suficiente del Orificio vulvo vaginal.

La Plastia de Cuello Vexical a lo Ball, la hacemos cuando hay que hacer por otra indicación, Laparotomía ginecológica y la enferma padecía Incontinencia de esfuerzo. Entonces y terminada la laparomía y cerrando el peritoneo, abrimos el Espacio de Retzius, movilizamos la utera y el cuello vexical, plisamos aquélla y éste y terminamos con una pexia del mismo a la pared, restableciendo el ángulo posterior.

En la Enfermedad Trófica de Vulva, asociada a Leucoplasia más o menos extensa, somos decididos partidarios de la Vulvectomía Simple. Es la mejor forma de curar el Prurito atormentador y de prevenir la aparición del Cáncer vulvar. Si por el contrario, sólo se trata de Kraurosis y el prurito ha engendrado lesiones secundarias de rascado y el círculo vicioso: prurito-rascado-prurito, podemos preferir a la Vulvectomía, la más simple Operación de Resección, que basta para interrumpir el citado círculo vicioso y dar ocasión a curar las lesiones inflamatorias asociadas a la Kraurosis. Siempre hacemos extensiva la "resección" a la piel de las marges del Ano, haya o no, prutito anal. Igual criterio seguimos con los pruritos "esenciales" o sine materia, en cuanto son rebeldes. Debe siempre intentarse el tratamiento médi-

co en estas enfermedades benignas, pero el fracaso del mismo, casi siempre conduce al final, al quirófano, como camino de curación.

En las metrorragias seniles, hacemos siempre Legrado biópsico. Hacemos una leve dilatación hasta el 8-9 de Hegar y utilizamos una legra pequeña. Un primer trazo, que si obtiene material abundante significa el fin de el legrado, y en caso contrario, hacemos legrado total. Ante el diagnóstico de Malignidad (ADENOCARCINOMA CORPORAL), no dudamos en la Histerectomía Total con los Anexos y por vía abdominal. La vía vaginal, que tanto prodigamos en procesos uterinos benignos, la rechazamos en el carcinoma. Si la biopsia fue negativa en sentido neoplásico, podemos ser conservadores, pero vigilantes. Una biopsia negativa NO NIEGA y a poco que la hemorragia se repita, ante la angustia de la enferma y sus familiares —siempre pensando en cáncer— y ante nuestra propia angustia por no poderlo negar categóricamente, pasamos al radicalismo. Como en los diagnósticos de Endometritis, como se reiteren las pérdidas. En un caso de Piometra, diagnosticado que fue al introducir el primer dilatador de Hegar, la Histerectomía se practicó acto seguido.

En el Epitelioma cervical a esta edad, si el caso es operable (Grado 1-11), practicamos la Histerectomía Ampliada con Linfadenectomía. En

casos más avanzados o en mujer con contraindicación general para intervenir, radiamos siempre, cosa que asimismo hacemos como complemento de la Cirugía radical.

En los Tumores ováricos de la senil, somos siempre radicales (Histerectomía total con Anexos), pues siempre sospechamos malignidad. Sólo en algún caso y por mal estado de la mujer o por dificultades técnicas (obesidad), hemos practicado la simple ovariectomía o la Histerectomía ístmica con Anexos. Esto en cuanto a los Quistomas, pues en los Tumores sólidos (uni o bilaterales), el radicalismo no se discute nunca. En el Carcinoma ovárico —primitivo o secundario— con mesastads visibles o tactables, sólo hemos extirpado el tumor original, dejando para los Citostáticos y la Radiación (y sólo con carácter paliativo), el resto del tratamiento.

En las demás indicaciones de la Estadística (Miomomas, Carunculas, Polipos, Desgarros de Perine, etcétera, etc.), hacemos tratamiento clásico, pero destacamos que en los Desgarros completos de Periné, empleamos tan sólo la técnica del Colgajo vaginal a lo Warren y hace mucho tiempo que tenemos abandonada la técnica primitiva del desdoblamiento de abajo-arriba. La Esfinterotomía postero-lateral profiláctica de Muller la consideramos complemento indispensable en esta técnica.

Hemos dejado para el final, el

comentario sobre nuestra actitud frente al temible Cáncer vulvar, entendemos que el más grave de todos los cánceres ginecológicos. Nada garantiza una mediana supervivencia, pero la Cirugía es lo único que durante algún tiempo al menos, nos tiene libre de tormentos a estas desdichadas. Pero la Cirugía (que también da a la larga deficientes resultados), ha de ser PRUDENTE, o lastraremos las estadísticas con muerte primaria numerosa; no hay que olvidar el terreno que manejamos en estas seniles con cáncer vulvar y el intenso trauma operatorio que requiere su enfermedad. Si el tratamiento con agujas de Radium es atormentador por lo doloroso y la Radioterapia también aumenta las molestias y cura "bien poco", terminaremos que, la intervención con todos sus inconvenientes, es lo "menos malo". Practicamos la Vulvectomía con vaciamiento inguinal, a lo Baset, dejando los colgajos cutáneos a lo Scoeckel, porque su frecuente necrosis crea un largo proceso de convalecencia y por otra parte, las recidivas no se dan en esos puentes cutáneos entre Vulva y Región Inguinal, donde hay Linfáticos, pero no Ganglios y donde no hay Ganglios, no hay recidiva.

incisiones inguinales aisladas, con vaciamiento ganglionar y Vulvectomía acto seguido, es lo que hacemos. En algún caso y en mujeres muy ancianas, sólo hemcs vaciado la Ingle del lado afecto. Siempre radiamos luego ambas ingles. Lo que no hacemos nunca es el Vaciamiento intrapélvico, por el enorme trauma que representa y porque nunca vimos recidiva en esos escalones ganglionares; las vimos o, en la misma Vulva o en las Ingles. Como tampoco aceptamos la amplísima exeresis cutánea a lo Ball, con su penosa y larga convalecencia. Puede que si se hiciera todo eso, algunas más mujeres sobrevivirían los cinco años al menos, pero otras muchas, las más, morirían en el Quirófano o en el post-operatorio inmediato.

Frente al Cáncer vulvar como frente al Cáncer cervical avanzado, adoptamos la misma postura: El deseo de curar, de perfeccionar nuestros métodos, es Virtud, pero pensamos: ¿No será Soberbia empeñarse en curar —con enorme riesgo ajeno— aquello que hasta ahora se nos da por INCURABLE?

Jaén, mayo, 1967.

