

MATERNIDAD PROVINCIAL DE JAÉN
MÉDICO JEFE DR. EDUARDO GARCÍA TRIVINO

La Histerectomía en los procesos benignos del útero en la Maternidad Provincial de Jaén (*)

Dr. Pío Aguirre
Médico Jefe de Clínica

La patología del útero exige a veces la extirpación más o menos total del órgano; nos referimos a la patología que pudiéramos llamar benigna, dejando aparte las neoplasias en sus distintas formas y localizaciones uterinas, que exigen siempre el radicalismo quirúrgico o los tratamientos radiológicos. También dejamos aparte los procesos benignos del cérvix, como desgarros, pólipos, erosiones, etc., cuyo tratamiento excepcionalmente requiere la exéresis del útero.

Nos referimos, por tanto, a la amplia patología uterina, motivada principalmente por tumores, fibrosis, congestiones, metritis, metrosis, retos adherentes, endometriosis, prolapsos, etcétera, sobre todo en edades pre o

menopáusicas, para cuyo tratamiento se ha elegido la histerectomía en cualquiera de sus formas. Y también aquellas enfermedades de los anexos en que, al tener que extirparlos y faltar ambos ovarios, siempre hemos asociado la histerectomía.

Las operaciones practicadas las dividimos en: histerectomías fúndicas, histerectomías ístmicas, histerectomías totales, histerectomías vaginales fúndicas, histerectomías vaginales simples e histerectomías vaginales plásticas.

Para informar del criterio quirúrgico que sobre esta patología se sigue en nuestra Maternidad, hemos revisado las estadísticas de los últimos diez años; en ellas aparecen las distintas

(*) Comunicación presentada a la Sexta Reunión de la Sociedad Ginecológica Andaluza, Cádiz, (17-2-62)

operaciones en las siguientes proporciones:

Histerectomías fúndicas	16 casos
Histerectomías ístmicas	291 casos
Histerectomías totales	180 casos
Histerectomías vaginal fúndica	3 casos
Histerectomías vaginal simple	35 casos
Histerectomías vaginal plástica	22 casos
Lo que hace un total de	547 casos

Comparando las cifras de los cinco primeros años con los otros cinco más próximos, tendremos:

	1.ª mitad	2.ª mitad
Histerectomía fúndica	17	0
Histerectomía ístmica	144	147
Histerectomía total	77	103
Histerectomía vaginal fúndica	3	0
Histerectomía vaginal simple	13	22
Histerectomía vaginal plástica	14	7

Lo que demuestra un criterio más radical en los últimos años, con aumento de las histerectomías totales, tanto por vía abdominal como vaginal, y desaparición de las histerectomías fúndicas, conservándose el número de las ístmicas, sensiblemente el mismo. La disminución a la mitad del número de histerectomías vaginales plásticas es debida a la disminución del número total de prolapsos.

La mortalidad en estas operaciones ha sido nula y las complicaciones se reducen a un caso de fístula ureteral en una operada de histerectomía total, caso que se resolvió satisfactoriamente

a los pocos días con una neoinplantación del uréter afectado o vejiga.

Las histerectomías fúndicas se han practicado casi siempre en anexitis con hipermenorreas o en úteros en retros adherentes e hipermenorreas, todas ellas en mujeres jóvenes en las que convenía conservar la función menstrual; también hay alguna en mujer joven con mioma en la que no se pudo hacer una miomectomía, la operación de elección en estos casos, y se practicó este tipo de operación, que por lo menos, si no conserva la fertilidad, respeta la menstruación.

La histerectomía fúndica por vía vaginal, como se puede apreciar por el número reducido de casos, no ha dejado de ser más que un ensayo o filigrana vaginal, que si no ha prosperado no ha sido por los resultados, en todos ellos excelentes, sino porque, al tener que asociar en estas operaciones otras sobre los anexos, se prefiere la vía abdominal, a la que, por otro lado, hoy no hay que temer.

La histerectomía ístmica es el tipo de operación más frecuente, y la practicamos siempre que el cuello está sano, primero, porque es operación más fácil y corta y, por tanto, menos peligrosa, y segundo, porque el cuello uterino, con sus glándulas mucíparas, juega un papel muy importante en la fisiología de la vagina. Esta operación ha sido practicada la mayoría de las veces en fibromas, fibrosis, anexitis, etcétera, en mujeres menopáusicas o cerca de ella, siempre con más de cua-

renta años, y como decimos, cuando el cuello uterino no ofrece lugar a dudas; en cuellos anormales preferimos la total, por miedo al carcinoma de muñón cervical, del que hemos visto varios casos, y tanto es así, que cuando tropezamos con una mujer muy gruesa, con el útero poco movable, en la que la histerectomía abdominal es difícil y la vaginal casi imposible, si el cuello no nos satisface, le hacemos antes una electrocoagulación, y cuando éste se normaliza, entonces practicamos la histerectomía istmica; en algún caso en que el cérvix no nos parece todavía conservable y hemos decidido la histerectomía total, nos ha prestado muy buenos servicios la incisión abdominal de Cherney, en la que, al cortar los músculos rectos abdominales en su inserción tendinosa, hemos conseguido un amplio campo, con lo que la operación se practica fácilmente. En este concepto de normalidad o anormalidad del cérvix uterino, para conservarlo o extirparlo, nos guiamos con preferencia, además de la inspección detenida con buena iluminación, de la citología vaginal.

Con este criterio ven ustedes cómo la histerectomía total ha aumentado considerablemente en los últimos años,

pasando de 77 en los cinco primeros años a 103 en el segundo lustro; en esto ha influido, sin duda, la técnica de Stafer, con la que estamos encantados.

También ha aumentado en los últimos años la histerectomía vaginal simple, que consideramos tiene todavía sus indicaciones, sobre todo: en mujeres gruesas, por la dificultad de la vía abdominal; en mujeres pusilánimes, por la facilidad con que aceptan esta vía, considerada por ellas como la «natural»; mujeres anémicas o enfermas, por la poca repercusión en el estado general y la benignidad de los cursos postoperatorios que hacen.

Y por último, la histerectomía vaginal plástica de Mayo, que para nosotros es el tratamiento ideal en muchos casos de prolapso uterino, sobre todo cuando a éste se asocian metrorragias, pequeños fibromas, alteraciones del cérvix, etc. Es una operación que nunca produce recidiva y queda la vagina más larga y más normal que con ninguna operación de prolapso. El descenso que se observa en los últimos cinco años es debido a que ha descendido también el número total de prolapsos, pero no porque tengamos nada en contra de esta magnífica técnica.

