

¿EN QUE CIRCUNSTANCIAS OPTAMOS POR LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL?

Dr. AMERICO STABILE *

Admitido que la indicación de la *histerectomía total frente a la subtotal debe ser considerada como técnica de elección* ante la prescripción de la exéresis de la matriz, no debemos, empero, aceptar indiscriminadamente como que ello signifique la proscripción sistemática y absoluta de la histerectomía subtotal dentro del arsenal quirúrgico del ginecólogo práctico.

En efecto, el especialista aun con múltiples e intensos años de actuación se ve, incluso en la actualidad, ante la disyuntiva de optar por la histerectomía subtotal a pesar de considerar que la histerectomía total es preferible por cuanto ella nos pone a cubierto de la posibilidad del desarrollo ulterior de un carcinoma del muñón restante. Sin embargo, en la práctica diaria se tiene el derecho y en ocasiones la necesidad de recurrir a la histerectomía subtotal.

Tratemos de resumir en cuales circunstancias nos hemos decidido por la misma.

1º) En la "boite à surprise", que a menudo constituye en la práctica toda laparotomía pélvica, pueden surgir súbitas *dificultades de orden técnico*. Tal acontece en casos de algunas mujeres obesas, donde el silencio abdominal intraoperatorio se hace dificultoso, resultando riesgoso el empeñarse en efectuar a toda costa una histerectomía total. En pacientes con meiopragias orgánicas, como diabéticas o en pacientes cardiovasculares o enfisematosas, donde se hace prudente ahorrar el tiempo que demanda la intervención y que por lo tanto no es desdeñable reducir la extensión de la anestesia, ya sea en casos previstos o aun en un sorpresivo accidente anestésico o de otra naturaleza que sobreviene inesperadamente, fueron en nuestra práctica *elementos previsibles o accidentales* que nos llevaron a optar por la histerectomía subtotal sin que consideráramos ulteriormente que incurriéramos en ningún error por omisión.

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología.

2º) En lo referente a las dificultades técnicas de origen local, tenemos presente una aleccionadora observación clínica, sin duda excepcional, en la cual un joven ginecólogo, que con el vientre abierto de su paciente, se halló ante un útero polimiotomatoso rodeado de un proceso de fuertes adherencias perianexiales, así como de las asas intestinales de la pelvis y del epiplón, por cuyo motivo nos solicitó nuestra opinión y ayuda técnica, pues su primer reflejo fue el de abandonar toda tentativa de exéresis y cerrar sin más trámite la pared abdominal. Contentarse en tal eventualidad con una simple laparotomía exploradora no es criticable si el cirujano teme no salir airoso en su empresa, en cuyo caso es, incluso, preferible posponer su programa de exéresis para practicarla en condiciones más favorables. Pero en este caso una *hemisección del útero, con miometrectomía*, y la ulterior liberación de adherencias siguiendo los planos de clivaje de abajo hacia arriba, permitieron resolver el problema aparentemente insoluble con una correcta exéresis curativa, pero que *obligó técnicamente a dejar el muñón cervical* después de una laboriosa histerectomía subtotal, con indudable ventaja para el pronóstico del caso, por otra parte confirmado por una excelente evolución tardía de la paciente.

3º) En un caso clínico de grueso *epitelioma de cuerpo uterino* avanzado, que por sus características semiológicas indicamos la intervención pensando que obligadamente nos limitaría a una laparotomía exploradora y a lo sumo biópsica, nos encontramos con enormes masas neoplásicas de la pelvis que a pesar de una prudente maniobra de liberación de un asa del sigmoide, comenzó, literalmente hablando, a brotar abundante papilla neoplásica. Por lo cual, imposibilitados de detenernos en tal momento, poco a poco permitió realizar una histerectomía subtotal, extirpándose el útero en fragmentos, completada con una anexectomía bilateral, pero debiendo dejar el cuello sumergido en un ambiente de "celulitis neoplásica" que imposibilitaba su exéresis. La curieterapia focal postoperatoria, que incluso determinó una fístula rectovaginal por caída tardía de una escara necrótica, permitió una larga sobrevida de catorce años (¡). Esta observación clínica es una demostración de que aún con infausto es posible obtener con la subtotal un resultado favorable en casos imprevisibles y aparentemente insolubles.

4º) Nos permitimos insistir sobre la conveniencia de la *extirpación retrógrada de la mucosa endocervical* del muñón restante, o sea, del llamado en nuestro medio "vaciamiento conoideo inverso". En la inmensa mayoría de los casos en los cuales por las razones expuestas optamos por la histerectomía subtotal, la extirpación de la mucosa del conducto cervical, una vez seccionado el cuello y extraída la pieza operatoria que se lleva el

cuerpo uterino, constituye una maniobra fácil, sin dificultades técnicas de entidad y que requiere una corta prolongación del acto operatorio prácticamente desdeñable.

5º) Por el contrario, ante la confirmación intraoperatoria y la evidencia absoluta del diagnóstico de útero miomatoso, *nunca debe dejarse de abrir la pieza extemporaneamente* para una exploración macroscópica, pero minuciosa, de la mucosa corporal, con o sin raspado biopsico preoperatorio, pues allí puede aparecer la lesión neoplásica del endometrio concomitante e inesperada que contraindica formalmente la histerectomía subtotal. Transformar en esta eventualidad, la subtotal en una total en dos tiempos, es una obligación técnica que evita un condeñable y posible error de omisión.

6º) Por fin, en esos casos de histerectomías en pacientes que corren indudables riesgos de desarrollar ulteriormente importantes prolapsos pélvicos, y es sabido el problema que crean esas *verdaderas eventraciones de los órganos pelvianos posthisterectomía*, la conservación del muñón cervical y con él los elementos de sostén de los parametrios, favorece la profilaxia del prolapso genital grave apelando a diversos recursos de la técnica quirúrgica que consideramos obvio detallar en este momento. En tales casos concretos, suele ser preferible conservar el cuello, a condición de practicar el vaciamiento retrógrado del conducto cervical, en especial si la colposcopia oncológica previa con el control colposcópico anteriormente practicado, deliberadamente indicado a este fin, no lo contraindica.