

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Dr. CLAYTON T. BEECHAM

La endometriosis era tratada con éxito mucho antes de que se la conociera como entidad clínica. El tratamiento empírico de la dismenorrea ha mejorado y mejora aún hoy a muchas mujeres afectadas de esta enfermedad. La naturaleza emplea un procedimiento profiláctico y curativo de la endometriosis, cual es el embarazo. Es digno de hacer notar que la frecuencia con que se hace el diagnóstico de esta enfermedad ha ido en aumento paralelamente con el empleo de anticoncepcionales, la emancipación de la mujer y su inclinación por las tareas masculinas, o los matrimonios y embarazos tardíos.

A medida que las observaciones sobre endometriosis aumentan, las indicaciones del tratamiento quirúrgico declinan. El tratamiento médico y opoterápico han ido adquiriendo cada vez más importancia en esta enfermedad. El embarazo, la mejor medida terapéutica, encabeza la opoterapia en lo que respecta a la endometriosis. Existen limitaciones así como fracasos en el tratamiento médico de las lesiones heteroplásticas, así como existen lesiones endometriales que exigen un tratamiento quirúrgico inmediato.

Necesidad de la intervención quirúrgica. — La endometriosis es una enfermedad de la mujer joven, que se manifiesta especialmente en la edad de la procreación. Esto es suficiente motivo para que el médico haga un detenido análisis de la situación antes de indicar la intervención. En general, el diagnóstico de endometriosis de por sí, no constituye, en mi criterio, una indicación quirúrgica. En cambio, las condiciones que enumeramos a continuación obligan a intervenir si es que el tratamiento médico ha fracasado: 1.º Dismenorrea. 2.º Dolor en el cuadrante inferior del abdomen. 3.º Dispareunia. 4.º Menorragia. 5.º Dolor y tenesmo rectal. 6.º Metrorragias. Debemos recordar que puede producirse cualquier combinación de estos síntomas. Además, el tratamiento quirúrgico en estos enfermos nunca debe indicarse antes de haber ensayado un tratamiento médico.

Tratamiento quirúrgico de la endometriosis. — Cada caso de endometriosis debe ser individualizado. Los factores importantes que ayudarán al cirujano a seleccionar el tratamiento adecuado son: 1.º Edad de la paciente. 2.º Su estado civil. 3.º Número de hijos. 4.º Esterilidad. 5.º Aceptación del criterio conservador con respecto a la intervención y lo que ocurriría en el caso de que la intervención no la libre de todas sus molestias. 6.º Balance emocional de la enferma.

Haremos algunas breves consideraciones sobre el tratamiento de la endometriosis en mujeres entre 16 y 40 años de edad, solteras o casadas, sin hijos. La extensión de la endometriosis responsable de las molestias es sumamente variable. Puede no afectar más que un ligamento úterosacro con un útero en retroversión, adherente, o un útero en posición normal con quistes endometriales ováricos bilaterales de 8 a 10 c, con buena participación del fondo de saco. Independientemente de la extensión, el tratamiento conservador debe practicarse siempre que sea posible. Muchas de las implantaciones pueden ser extirpadas sin riesgo, y además debe practicarse una cuidadosa neurectomía presacra. Asimismo las trompas deben ser bien examinadas para asegurarse de

su permeabilidad. Se espolvorearán 5 g. de sulfanilamida cristalina alrededor de los anexos para prevenir en parte las adherencias. Desde luego se hará todo lo posible para conservar la función reproductora de la paciente.

Toda enferma, cualquiera que sea su edad, con síntomas de obstrucción parcial o total por endometriosis, debe ser operada tan pronto como ello sea posible. Durante la laparotomía, puede comprobarse a nivel del sigmoide una lesión infiltrativa que no deja lugar a dudas sobre la causa de los síntomas.

En tales casos es necesario practicar una histerectomía y extirpación bilateral de los anexos. Por otra parte, en la endometriosis de mujeres de más de 40 años la panhisterectomía sola es suficiente para mejorarlas, de modo que no es necesario llegar sistemáticamente a la castración.

En los dos últimos años estamos practicando la histerectomía completa en la endometriosis del fondo de saco y úterosacra sin grandes dificultades. Desde luego es una intervención que requiere gran cuidado, pero no es extraordinariamente difícil.

Un error de técnica que se ha perpetuado es el del drenaje. En nuestro criterio este trae más daños que beneficios, al agregar el riesgo de una infección secundaria. Además, no es necesario y por mi parte lo desaconsejo formalmente.

MEDICINA INTERNA

EL TRATAMIENTO DEL TETANOS

Dres. H. M. SMATHERS Y M. R. WEED

Dearborn

SEGÚN SMATHERS y WEED, el alivio de los espasmos musculares tetánicos y la neutralización de la toxina son los principales objetivos en el tratamiento del tétanos. Los autores formulan un plan de tratamiento basado en una revisión de 86 casos de tétanos de tres hospitales de Detroit. Se presta especial atención a los casos recientes, en los que se utilizaron «intocostrina» y d-tubocurarina en cera y aceite.

El plan de tratamiento se divide en tres fases: preoperatoria, operatoria y postoperatoria. Inmediatamente después de ingresar el paciente se le somete a una prueba cutánea y una prueba conjuntival con antitoxina tetánica diluida al 1:100. Si existe hipersensibilidad, se intenta la desensibilización o se administra antitoxina «desnaturalizada» si se dispone de ella. Si puede encontrarse una herida, se administran 50.000 unidades de antitoxina por vía intravenosa y 10.000 unidades localmente alrededor de la herida. Si no se encuentra herida, se administra por vía intravenosa todo el contenido de tres ampollas de 20.000 unidades.

En cuanto se ha hecho la prueba de sensibilidad se administra por vía intramuscular 1 c.c. de d-tubocurarina en cera y aceite. Para el alivio inmediato de las convulsiones puede administrarse por vía intravenosa «intocostrina», pero los autores prefieren llevar al paciente en seguida al quirófano para la