

CONSIDERACIONES DE TECNICA QUIRURGICA A PROPOSITO DE LA OPERACION WERTHEIM-TAUSSIG*

ALFONSO ALVAREZ BRAVO
Académico de número

Es para mí un alto honor el presentarme ante ustedes por vez primera para leer mi trabajo de ingreso a esta Honorable Academia. Agradezco en todo lo que vale la inmerecida distinción que he recibido de esta docta corporación al elegirme para ocupar un sillón en la Sección de Ginecología y Obstetricia. En particular, quiero agradecer al señor Presidente y a los señores Académicos que me propusieron para ocupar dicho sillón, el haberse fijado en mi persona. Finalmente, quiero expresar a ustedes mi deseo vehemente y sincero de trabajar con ahinco, cerca de ustedes, para mantener la brillante trayectoria científica que esta Honorable Academia ha proyectado, en su larga vida, sobre el campo de la Medicina Nacional.

El Estatuto de la Academia me concede la oportunidad y el gran honor de decir unas palabras en cariñoso recuerdo de mi antecesor, el doctor don Everardo Landa.

Ingresó a esta Academia Nacional de Medicina el 23 de febrero de 1910 e inició su fructífera labor con su trabajo "La altura del fondo uterino en las diferentes épocas del embarazo". Escribió numerosos artículos presentados a esta Academia y a otras Instituciones, que hicieron honor a su recia personalidad científica y al grado de Doctor en Ciencias Biológicas con que la Universidad Nacional Autónoma lo distinguió en 1933.

Su labor docente se inició en las materias básicas para concretarse después a la enseñanza de la Obstetricia, y coronó su carrera docente con la fundación y Dirección de la Escuela de Enfermeras y Parteras.

Su interés por los problemas sociales lo llevó a formar parte de la extinta Asociación Médica Mexicana, del Sindicato de Médicos y de la Federación Médica Mexicana, en cuya fundación colaboró activamente.

Su amplia y sólida cultura le permitió invadir con éxito el campo del periodismo y la poesía.

En su hogar derramó las delicadezas de su profundo afecto y la prudente energía de su sólida moral cristiana.

* Trabajo de ingreso leído el 1° de diciembre de 1954.

Su retrato, colocado en las paredes de este recinto que lo vio actuar, perpetuará su nombre y su distinguida personalidad.

* * *

Hace 43 años que Wertheim publicó los resultados obtenidos en los primeros 500 casos de cáncer cérvico-uterino tratados quirúrgicamente de acuerdo con conceptos nuevos que lo llevaron a desarrollar una técnica de histerectomía ampliada en que se extirpaba en bloque el útero y sus anexos, así como el tejido parametrial vecino y los ganglios infartados, macroscópicamente aparentes durante el acto operatorio.

La alta mortalidad primaria de esta formidable operación y el advenimiento del tratamiento incruento de la enfermedad por medio de radiaciones, hicieron que decayera el entusiasmo por el tratamiento quirúrgico antes mencionado. Los resultados obtenidos fueron, además, francamente mejores, gracias a las técnicas combinadas y a la cada vez mayor experiencia adquirida en el manejo de las radiaciones. Quedaron, sin embargo, paladines que sostenían las ventajas de extirpar el útero y que supieron aprovechar la nueva adquisición para proponer el tratamiento radio-quirúrgico combinado. En nuestro medio lo fué el maestro don Rosendo Amor.

En los últimos quince años se ha desarrollado un nuevo brote del criterio quirúrgico basado en la necesidad de operar los casos radiorresistentes y de completar el tratamiento radiológico con el quirúrgico en los casos en que se imponía la exéresis de los ganglios que no lograron ser esterilizados por medio de las radiaciones (Taussig,⁴¹ Lynch,²² Meigs²⁵).

La insatisfacción con los resultados alcanzados y el progreso extraordinario de la cirugía moderna en sus técnicas, en los cuidados durante el período preoperatorio, en la anestesia, en el conocimiento de la enfermedad postoperatoria y en los grandes recursos auxiliares, como la transfusión sanguínea, los bacteriostáticos y los antibióticos, hacen que resurja el tratamiento quirúrgico de la enfermedad, y que aparezcan numerosos artículos que proponen técnicas, señalan ventajas y comunican los resultados obtenidos con las nuevas modalidades dadas a esta cirugía.

El momento actual se caracteriza por la existencia de las más diversas opiniones, que pueden sintetizarse así: 1) Tratamiento exclusivo con radiaciones. 2) Tratamiento quirúrgico puro. 3) Tratamiento radio-quirúrgico combinado. 4) Linfadenectomía pélvica transperitoneal o extraperitoneal como auxiliar del método radioterápico. 5) Selección de casos a fin de decidir los que deben ser tratados por la cirugía y los que deben ser radiados.

No es mi propósito en esta ocasión el debatir este asunto. En un trabajo anterior¹ ya he analizado estos diversos criterios y he expresado mi prefe-

rencia en el sentido de seleccionar los casos con el fin de decidir los que deben ser tratados exclusivamente con radiaciones, los que son tributarios del tratamiento quirúrgico puro y los que deben sujetarse al tratamiento radio-quirúrgico combinado.

Sin embargo, creo de utilidad señalar los siguientes puntos:

1. Si bien los criterios son definidos y divergentes en lo general, hay acuerdo en casos particulares. Es así que hay consenso de opinión en el sentido de que deben tratarse quirúrgicamente los cánceres cérvico-uterinos *in situ*, las metástasis ganglionares que no han logrado ser esterilizadas por las radiaciones, los cánceres que no han respondido al tratamiento radiológico y los que recidivan después de la radiación^{8, 17, 19, 22, 40, 41, 46}.

2. Sin desconocer que las radiaciones pueden curar el cáncer cérvico-uterino, hay razones de peso que justifican el tratamiento quirúrgico:

a) Las estadísticas modernas que empiezan a mostrar los resultados del tratamiento quirúrgico solo o asociado a las radiaciones, a plazo de cinco y diez años, reportan resultados mejores que los obtenidos con el tratamiento radiológico exclusivo (Yagi,⁴⁶ Meigs,^{28, 30} Schmidt,⁴⁰ Kelso²¹ y Currie¹²). Debe aclararse que varias de estas estadísticas, como las de Yagi, Meigs y Currie, son comparativas entre radiaciones y cirugía, en los mismos centros de trabajo.

b) Las radiaciones tienen poca acción sobre las metástasis ganglionares pélvicas, como lo demuestran los estudios de autopsia de Henricksen,^{18, 20} Lynch²³ y Taussig.^{41, 42} Este hecho adquiere mayor importancia si se toma en cuenta que la extensión del cáncer cérvico-uterino, directamente o por vía linfática, se presenta a menudo en casos aparentemente iniciales, diagnosticados clínicamente como estadios I y II. Henricksen,²⁰ Meigs,²⁵ Taylor⁴⁴ y Cherry y sus colaboradores,¹³ comunican estas metástasis ganglionares inaparentes para la clínica en proporciones que varían del 17 al 45 por ciento de los casos clasificados en estadio clínico I y II. En mi serie, este porcentaje es de 18.

c) Brunshwig y Pierce,⁷ Meigs²⁸ y Ward y sus colaboradores⁴⁵ señalan el hecho de que el cáncer del cuello uterino queda en la mayoría de los casos confinado a la pelvis y que las causas más frecuentes de muerte (65.3 por ciento según Ward y sus colaboradores⁴⁵) son la uremia por obstrucción ureteral y la hemorragia, las cuales sólo pueden ser evitadas por la extirpación de los tejidos pélvicos que causan estas complicaciones.

d) La elevada mortalidad primaria que hizo abandonar la operación radical, se ha reducido extraordinariamente, gracias a los progresos de la cirugía moderna y a pesar de que se hacen operaciones más amplias. Los coeficientes de mortalidad primaria comunicados son de 1 por ciento en

las estadísticas de Taussig,⁴³ 3 en la de Lynch,²³ 0 en la de Meigs,²⁸ 2.1 en la de Kelso²¹ y 0 en la de Currie.¹² Nosotros hemos tenido la fortuna de no perder una sola enferma en 46 operaciones. Estas cifras son comparables a las de mortalidad primaria consecutiva al tratamiento radiológico mencionadas por Morton³² (5%) y por Randall y sus colaboradores³⁸ (2%).

e) La morbilidad operatoria también es reducida. La infección y la hemorragia son controlables en la actualidad. El problema aún pendiente es el de las fistulas urinarias, que, como se verá más adelante, ha disminuido notablemente. Contrastan francamente estos coeficientes con las cifras de morbilidad inherente al tratamiento con radiaciones. En efecto, Pezzini³⁶ señala que el 42.5 por ciento de las enfermas tratadas sufren las consecuencias de la enfermedad actínica, que si bien a veces es temporal y corta, en otras ocasiones dura meses o años. Everett, Brack y Farber¹⁵ encontraron 48.4 por ciento de obstrucciones ureterales atribuibles al tratamiento, 15 por ciento consideradas como severas, y 54.5 por ciento de lesiones vesicales, 20 por ciento de ellas, graves. Se producen además alteraciones vasculares, dermatitis, necrosis óseas, lesiones intestinales, etc.

f) Además es lógico que extirpando el cérvix no puede recurrir el cáncer en él, ni reproducirse a base de restos cancerosos presentes. Este criterio ha llevado a Schjott-Rivers,³⁹ partidario de la escuela radioterápica, a proponer lo que él llama "la histerectomía profiláctica" poco después de dar un tratamiento completo de radiaciones.

Por lo anteriormente dicho puede verse que, ya sea en casos particulares, ya después de una selección basada en la sensibilidad de los cánceres a las radiaciones como quieren unos, o en la edad y estado general de las enfermas, según la opinión de otros, ya sea como tratamiento aislado o bien asociado a las radiaciones, está justificado el esfuerzo actual por mejorar las técnicas y tratar de obtener de la cirugía una nueva esperanza en la lucha contra el cáncer del cuello uterino.

Los procedimientos quirúrgicos varían con la naturaleza y la extensión del cáncer, así como con el criterio del cirujano y van desde la panhisterectomía simple, hasta la evisceración pélvica. Hay asimismo quienes prefieren la vía abdominal y quienes insisten en las ventajas de la vía vaginal. No voy a discutir ahora criterios ni indicaciones, ya que mi propósito fundamental es referirme a ciertas modalidades técnicas de la llamada "operación de Wertheim-Taussig".

Meigs,²⁵ en 1944, despertó el interés mundial por una cirugía del cáncer del cérvico-uterino más radical, más amplia y mejor orientada.

La operación original de Wertheim³⁵ es una histerectomía total abdominal amplia en la que se quitan anexos, parametrios y tercio superior de

la vagina, durante la cual se buscan y extirpan los ganglios linfáticos palpables o visibles. Posteriormente Latzko,³⁵ siguiendo los lineamientos generales de la operación de Wertheim, la amplió en cuanto a la resección más radical de los ligamentos úterosacros, parametrios y paracolpos. Finalmente Meigs²⁵ insistió en aunar, en la misma operación, la panhisterectomía radical de Wertheim con una linfadenectomía pélvica sistemática y amplia, de acuerdo con los lineamientos dados a esta operación por Taussig.^{41, 42} Por ello se ha propuesto denominarla "operación de Wertheim-Taussig". En realidad el mérito de Meigs consiste en haber dado fuerza y popularidad a esta idea y haber sujetado la linfadenectomía a una sistematización técnica precisa, pues antes que él, en 1921, Okabayashi³⁴ había descrito una técnica de exéresis amplia con linfadenectomía rutinaria, bajo los mismos principios, que seguramente no prosperó porque apareció en la época de descrédito del método de Wertheim y tenía una mortalidad aún alta (7.2 por ciento) por no contar con los grandes recursos actuales.⁴⁶ Bonney^{5, 6} insistió siempre, también en la necesidad de hacer una amplia disección de la pelvis que permitiera extirpar la mayor parte del tejido linfático. Antes de emprender esta operación deben seleccionarse las pacientes y en los casos considerados como quirúrgicos debe estudiarse a la enferma y preparársele de acuerdo con las indicaciones que he expuesto ya en otro trabajo.³ Recientemente estamos incluyendo en la preparación preoperatoria, la administración de altas dosis de progesterona (150 a 250 mg. diarios por vía intramuscular, durante 10 a 15 días) de acuerdo con el consejo de Cromer y sus colaboradores¹¹ a fin de inducir cambios gravidoides en los órganos y tejidos pélvicos que facilitan la disección, la separación de planos y la identificación del tejido conectivo-adiposo en que se encuentran los canales y ganglios linfáticos.

Hace cuatro años estamos practicando esta operación y hacemos una panhisterectomía radical amplia, precedida de linfadenectomía pélvica de acuerdo con las orientaciones de Lynch,²³ Taussig,^{41, 42, 43} de Meigs^{26, 27, 30} y Brunschwig.⁹

La descripción de la técnica seguida por nosotros ha sido ya publicada en trabajos anteriores.^{1, 3} En esta ocasión voy a concretarme a discutir ciertas particularidades de técnica quirúrgica que nos han interesado especialmente.

1. INCISIÓN. Casi siempre utilizamos una incisión curva suprapúbica transversal, disociando los planos, que va de una espina ilíaca a la otra, y que publicamos en "Ginecología y Obstetricia de México" en 1951.² Como se indica en el trabajo de referencia, esta incisión da una amplia luz quirúrgica que permite abordar la pelvis, con comodidad, desde la región de las ilia-

cas primitivas hacia abajo. Con el auxilio del separador de O'Sullivan O'Connor u otro similar de cuatro valvas, se puede trabajar sin dificultad teniendo bien limitado el campo y sin asas intestinales que estorben la visión o requieran una indescable manipulación de las mismas. Para obtener todas las ventajas de esta incisión se requiere disociar los planos transversalmente, en toda su extensión, sin contarlos, y separar los músculos rectos del abdomen hasta la sínfisis del pubis.

2. **DISECCIÓN DE LA PELVIS.** En el curso de la operación procuraremos hacer la extirpación de los tejidos de fuera a adentro, disecando primero el tejido conectivo-linfático de la pelvis y terminando con la extirpación del útero. En este punto estamos en desacuerdo con el doctor Zuckermann⁴⁸ que prefiere extirpar primero el útero para hacer después la linfadenectomía con más comodidad, pues pensamos que es buena regla en cirugía de cáncer hacer la exéresis de fuera a adentro, procurando abordar primero los territorios linfáticos y después el órgano primariamente atacado.

Por otra parte, a diferencia de la técnica clásica de Wertheim, empezamos la disección en ambas regiones póstero-laterales de la pelvis, antes de seccionar los ligamentos infundíbulo-pélvicos y redondos. Para ello, se inicia la operación cortando el peritoneo posterior desde la arteria ilíaca primitiva hasta la base del ligmento ancho, siguiendo la dirección del uréter, por fuera de él, y se empieza la disección desde la arteria ilíaca primitiva hacia abajo, descubriendo los uréteres y los vasos ilíacos, al mismo tiempo que se va extirpando el tejido conectivo-linfático-adiposo de estas regiones. Este proceder facilita enormemente la localización y manejo del uréter por descubrirlo de arriba a abajo, en zonas en que es más fácil localizarlo y disecarlo y permite iniciar la disección del tejido conectivo-linfático de fuera a adentro y de arriba a abajo de acuerdo con el plan ya mencionado. Se deja el corte y ligadura de los ligamentos infundíbulo-pélvicos y redondos para un tiempo posterior con el fin de estar en posibilidad de reseca estas estructuras al ras de la pared pélvica, teniendo a la vista el uréter y los vasos ilíacos. Además, cuando se inicia la operación con la ligadura de estos ligamentos se pliega el peritoneo y el tejido conectivo subyacente, haciendo que la disección del tejido conectivo-linfático sea menos completa en la región de los vasos ilíacos primitivos y externos.

EXÉRESIS DEL TEJIDO CONECTIVO-ADIPOSO-LINFÁTICO. Las investigaciones de Cherry y sus colaboradores¹⁴ demuestran que el drenaje linfático del cérvix se hace por dos vías: 1) por las regiones paracervical, obturatriz e ilíaca externa y 2) por la región de los vasos hipogástricos. Iniciamos la disección a nivel de la ilíaca primitiva, siguiendo a lo largo de los vasos ilíacos externos y vaciando después la fosa del agujero obturador. Asimismo

se disecciona la zona de la íliaca interna hasta la base del parametrio. Hacemos hincapié en la necesidad de vaciar las fosas de los agujeros obturadores por la frecuencia con que se encuentran ganglios atacados, aun en los períodos iniciales de la enfermedad. Este hecho ha sido puesto en evidencia por Mcigs,²⁶ 27 Henricksen,²⁰ Taylor,⁴⁴ Cherry¹⁴ y otros. Nosotros hemos encontrado ganglios neoplásicos en esta región, en el 12 por ciento de los casos clasificados clínicamente en estadio I y II.

TRATAMIENTO DE LOS VASOS. Se descubren los vasos íliacos al hacer la disección del tejido conectivo-linfático de la pelvis. Una vez descubierto el árbol vascular de la arteria hipogástrica se puede proceder en tres formas distintas: *a)* Aislar la arteria uterina cerca de su nacimiento en la hipogástrica, ligarla y seccionarla. *b)* Ligar la arteria hipogástrica y seccionarla. *c)* Ligar y seccionar la arteria uterina cuando esto es fácil y no hay tejidos infiltrados en su vecindad, o bien ligar la arteria hipogástrica en caso contrario. Nuestra preferencia personal, de acuerdo con Faure y Sidrey,¹⁶ Cattaneo¹⁰ y Brunschwig⁹ es ligar la arteria hipogástrica, porque ésto disminuye la irrigación sanguínea y hay menos hemorragia en capa de las zonas disecadas de la pelvis, lo que facilita la ejecución de los tiempos siguientes y en particular, del espacio paravesical. Se dice, además,¹⁰ que la menor irrigación sanguínea de la pelvis crea condiciones desfavorables al desarrollo de núcleos celulares neoplásicos que pudieran haber quedado. Jamás hemos visto fenómenos de necrosis consecutivos a la ligadura de la hipogástrica. Al hacer la disección de la arteria hipogástrica en su cara posterior debe tenerse especial cuidado con la vena hipogástrica que está adosada a ella. Creemos que no es suficiente la ligadura simple de la arteria hipogástrica, sino que hay que seccionarla para impedir fenómenos vasoespasmódicos consecutivos a la irritación de simpático perivascolar. Además el cabo distal libre facilita la disección en la zona de las arterias terminales. La ligadura de la hipogástrica no garantiza el que no sangren los vasos terminales, aunque sea en pequeño grado, debido a las múltiples anastomosis existentes. Por lo tanto, es necesario ligar también los vasos que se seccionen en el curso de la operación. Cuando se sigue este método, queda aún el peligro de hemorragia venosa, a veces de consideración, sobre todo en la zona de las venas hemorroidarias y de las del agujero obturador. Por ello, la disección en estas regiones debe ser cuidadosa, mediante el uso de instrumentos romos o del dedo.

DISECCIÓN DEL URÉTER. El uréter es uno de los grandes escollos de esta operación. Por ello se ha sugerido la cateterización previa de los mismos para facilitar su localización. Nosotros nunca recurrimos a este artificio porque con la técnica empleada no sentimos la necesidad de orienta-

ción que proporcionan los catéteres y en cambio, tal cateterización no es inocua y puede favorecer lesiones ureterales que aumentan la morbilidad operatoria.

Empezamos la disección del uréter en la parte alta de su segmento pélvico y seguimos hacia abajo cuidando, en cuanto sea posible, conservar su irrigación sanguínea.

Debemos recordar, en este momento, que el uréter pélvico de la mujer está irrigado, en su parte alta, por la rama descendente de la arteria ureteral inferior que nace de la hipogástrica cerca de la bifurcación de la iliaca primitiva. La importancia quirúrgica de este vaso ha sido puesta de manifiesto por Michaels³¹ y Neil.³³ Sus ramas se anastomosan con los vasos de las porciones subyacentes constituídas por arterias cortas que provienen de la arteria vesical inferior, de la uterina y de la cérvico-vaginal.

Se comprende, pues, que al disecar el uréter y la arteria hipogástrica sea fundamental conservar la arteria ureteral inferior y que la ligadura de la hipogástrica deba hacerse por debajo del nacimiento de dicho vaso. La importancia de este vaso nos fue dolorosamente confirmada en un caso en que lo seccionamos accidentalmente, y se produjo una fístula ureteral tardía, seguramente por necrosis, de la parte alta del uréter pélvico izquierdo.²⁴

La disección del uréter en su porción pararectal debe hacerse por su parte externa, y se debe procurar mantener su adhesión a la hoja peritoneal interna, con el fin de conservar los vasos cortos que transcurren por el tejido subperitoneal correspondiente.

La liberación del uréter en su porción parametrial y yuxta-vesical debe ser completa; no es posible dejarle relación vascular alguna, salvo los vasos que suben de la vejiga, provenientes de la arteria vesical inferior. Esta es la razón por la que las fístulas ureterales postoperatorias son más frecuentes en esta porción.

La disección de la porción parietal del uréter es relativamente fácil, no así la de las porciones parametrial y yuxtavesical, región que anatómicamente es más difícil y en la que pueden encontrarse infiltrados neoplásicos o inflamatorios, que dificultan la disección. Para liberar esta porción del uréter, separamos con instrumentos romos o con el dedo la hoja preureteral y la retroureteral del parametrio y dividimos después, en la dirección del uréter, la hoja anterior ya aislada.

Todo el esfuerzo que se haga para conservar la irrigación sanguínea del uréter y evitar sus lesiones directas es encomiable, pues las fístulas ureterales siguen ocupando el primer lugar entre las complicaciones de la cirugía radical del cáncer cérvico-uterino. En las estadísticas publicadas por Meigs se comunican cifras de 10.6²⁵ y 7.2 por ciento.³⁰ Bengolea y Provenzano²

dan un 11.5 por ciento en su serie, Yagi⁴⁶ 3.8, Kelso²¹ 9.7, y Curric¹² 2 por ciento. En nuestra serie de 46 casos hemos tenido tres, es decir, 6.5 por ciento.

DISECCIÓN DE LA VEJIGA. Iniciamos la disección de la vejiga después de la sección transversal del peritoneo véscico-uterino, separándola del cuello uterino, a la torunda. No llevamos muy abajo la separación de la vejiga en este tiempo inicial, pues mientras el órgano esté sujeto por las porciones correspondientes del ligamento pubo-véscico-cervical no puede liberarse ampliamente sin peligro de herir la vejiga por desgarro de sus paredes. Cuando ya ha sido disecado el uréter yuxtavesical, aislamos los llamados "alercnes" de la vejiga, es decir, la porción véscico-cervical del ligamento antedicho, y lo seccionamos en ambos lados. Entonces es fácil y segura la separación de la vejiga tanto transversalmente como hacia abajo. En la primera serie de Meigs²⁵ hubo 2 por ciento de heridas vesicales. Otros autores^{4, 12, 21} reportan cifras semejantes. En nuestra serie hemos tenido un caso de herida directa de la vejiga, que fue inmediatamente suturada y cicatrizó por primera intención. Hemos tenido cuatro casos más en que no se apreció la herida durante la operación, pero en las que el sondeo vesical inmediatamente después del acto quirúrgico mostró orina ligeramente sanguinolenta. En todos ellos se coloró sonda de Foley a permanencia que fue retirada dos días después de que el examen microscópico de la orina no mostró eritrocitos. En ninguno de ellos quedó fístula vesical, por lo que pensamos que se trató de pequeños desgarros de la mucosa.

TRATAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS ÚTERO-SACROS Y DEL PARAMETRIO. Gracias a la disección anterior es posible liberar ampliamente los ligamentos útero-sacros, los parametrios y la parte alta de los paracolpos. Hacemos la sección y ligadura de estas estructuras al final de la operación, teniendo a la vista los uréteres y procurando hacerlo lo más cerca posible de la pared y piso pélvicos. Nunca hemos tenido que lamentar el grave accidente mencionado por el doctor Zenteno⁴⁷ al contestar los comentarios hechos a su trabajo sobre este tema, presentado en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Según este autor hay posibilidad de muerte al pinzar y seccionar los ligamentos útero-sacros en un sitio muy posterior al tratar de hacer una resección muy radical de los mismos. El hecho se debe a fenómenos reflejos por excitación de un ganglio simpático alojado en esa zona.

TRATAMIENTO DEL MUÑÓN VAGINAL. Después de disecar ampliamente la vejiga se está en condiciones de descubrir toda la porción de vagina que se considere necesario resecar. Asimismo se separa la vagina del recto con los dedos procurando encontrar el plano de separación entre estos dos órganos a fin de no herir al recto ni a las venas de la región, que darían profusa hemorragia. Seccionamos entonces la vagina entre dos pinzas de

Wertheim, protegiendo la vejiga con una valva especial y teniendo a la vista los ureteros. Para hacer este corte nos es de gran utilidad el bisturí angular de Brunschwig. Dejamos la vagina ampliamente abierta y si sangra se ligan los puntos correspondientes o se pone un surjete hemostático al borde. No se intenta fijar el muñón vaginal porque en vista de la amplia extirpación practicada no hay estructuras adecuadas con qué hacerlo.

DRENAJE DE LA PELVIS. Nunca drenamos la pelvis por considerar que no es necesario, ya que estando la vagina ampliamente abierta, es fácil evacuar, en el período postoperatorio, cualquier colección que se forme. Además pensamos que los drenes, por compresión o por adherencia, favorecen la producción de fístulas urinarias y rectales. En el caso excepcional de una hemorragia en capa imposible de controlar, lo que sucede a veces en enfermas intensamente radiadas, es indispensable taponar la pelvis, sacando las gasas por la vagina.

PERITONIZACIÓN DE LA PELVIS. No estamos de acuerdo con Brunschwig⁹ en dejar la pelvis taponada con gasa y sin peritonizar. Nos parece una grave omisión en cirugía abdominal. Habitualmente es posible peritonizar la pelvis correctamente por la sutura directa de las hojas peritoneales y en los casos de apuro se puede utilizar el asa sigmoidea para completar la limitación de la cavidad abdominal.

He querido exponer, en este primer trabajo que presento a la Academia, mi experiencia personal a propósito de una técnica quirúrgica que actualmente apasiona de nuevo a quienes están interesados en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino.

RESUMEN

El autor presenta su técnica personal en la operación de tipo Wertheim-Taussig, para el tratamiento radical del cáncer cérvico-uterino. Pone especial énfasis en la limpia de los ganglios linfáticos como tiempo previo a la histerectomía, y en la cuidadosa disección de los uréteres para evitar, en lo posible, fístulas en el período postoperatorio.

SUMMARY

The author presents his personal variation of the Wertheim-Taussig operation for the radical treatment of cervico-uterine carcinoma. Special stress is laid on the clearing of lymphatic glands before the section of the uterus, and the careful dissection of ureters to avoid, as much as possible, the appearance of fistules in the postoperative period.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Alvarez Bravo, A.: *Gin. y Obst. de México.* 6: 289, 1951.
- 2 Alvarez, Bravo, A.: *Gin. y Obst. de México.* 6: 297, 1951.
- 3 Alvarez Bravo, A.: *Actualidades de Gineco-Obstetricia.* XI Asam. Nac. de Cirujanos. México, 1954.
- 4 Bengolea, A. J. y Provenzano, S.D.: *Obst. Gin. Lat. Am.* 9: 255, 1951.
- 5 Bonney, V.: *J. Obst. & Gyn. Brit. Emp.* 48: 421, 1941.
- 6 Bonney, V.: *Textbook of Gynecological Surgery.* Cassel Co., London, 1942.
- 7 Brunshwig, A. y Pierce, V.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 56: 1134, 1948.
- 8 Brunshwig, A.: *Am. J. Roent.* 65: 720, 1951.
- 9 Brunshwig, A.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 61: 1193, 1951.
- 10 Cattaneo, L.: *Clin. Obst. Gin.* 54: 14, 1952.
- 11 Cromer, J. K., Hertz, R., y Young, J. P. *Surg. Gin. & Obst.* 94: 703, 1952.
- 12 Currie, D. W.: *Proc. Roy. Soc. Med.* 45: 327, 1952.
- 13 Dargent, M., Ponthus, P., Eicholz, L. y Rochet, P.: *Lyon Chir.* 47: 215, 1952.
- 14 Cherry, C. P., Glueckmann, A., Dearing, R., y Way, S.: *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.* 60: 368, 1953.
- 15 Everett, H. S., Brach, C. B., y Farber, C. J.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 58: 908, 1949.
- 16 Faure, J. L., y Siderey, A.: *Traité de Gynécologie.* Librairie Octave Doin, Paris, 1928.
- 17 Gorton, G.: *Acta Radiol. Stock. Sup.* 100, 1953.
- 18 Henricksen, E.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 58: 924, 1949.
- 19 Henricksen, E.: *Radiology.* 54: 819, 1950.
- 20 Henricksen, E.: *Radiology.* 54: 812, 1950.
- 21 Kelso, J. W.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 63: 955, 1952.
- 22 Lynch, F. W.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 22: 550, 1931.
- 23 Lynch, F. W.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 48: 249, 1940.
- 24 Mesas Redondas del Servicio de Ginecología del Hospital Español, 7 de agosto de 1954.
- 25 Meigs, J. V.: *Surg. Gyn. & Obst.* 78: 195, 1944.
- 26 Meigs, J. V.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 49: 542, 1945.
- 27 Meigs, J. V., Parsons, L., y Nathanson, I. T.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 57: 1087, 1949.
- 28 Meigs, J. V.: *Am. J. Roent.* 65: 698, 1951.
- 29 Meigs, J. V.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 62: 854, 1951.
- 30 Meigs, J. V.: *Ann. Surg.* 137: 660, 1953.
- 31 Michaels, J. P.: *Surg. Gyn. & Obst.* 86: 36, 1948.
- 32 Morton, D. G.: *West J. Surg.* 52: 1, 1944.
- 33 Neil, J. M.: Citado por Meigs, J. V. *Loc. Cit.* 25.
- 34 Okabayashi, H.: *Surg. Gyn. & Obst.* 33: 335, 1921.
- 35 Peham, H. y Amreich, J.: *Operative Gynecology.* Trad. Ferguson, L. K.-J. B. Lippincott, Philadelphia, 1934.
- 36 Pezzini, Z. M.: *Fol. Gyn. (Génova)* 1947.
- 37 Pratt, J. H.: *Surg. Clin. N. Am.* 31: 1063, 1951.
- 38 Randall, J. H., Willumsen, H. C., y Scott, J. W. *Am. J. Obst. & Gyn.* 59: 285, 1950.

- 39 Schjott-Rivers, E.: Acta Obst. Gyn. Scand. 31: 7, 1952.
- 40 Schmidt, R. T.: J.A.M.A. 146: 1310, 1951.
- 41 Taussig, F. J.: Am. J. Obst. & Gyn. 28: 650, 1934.
- 42 Taussig, F. J.: Am. J. Roent. 34: 354, 1935.
- 43 Taussig, F. G.: Am. J. Obst. & Gyn. 45: 733, 1943.
- 44 Taylor, G. W.: Radiology. 55: 60, 1950.
- 45 Ward, S. V., Sellers, T. B., y Davis, J. T.: Am. J. Obst. & Gyn. 63: 989, 1952.
- 46 Yagi, H.: Surg. Gyn. & Obst. 95: 552, 1952.
- 47 Zenteno, G.: Asoc. Mex. de Gin. y Obst. Sesión del 8 de junio de 1952.
- 48 Zuckermann, C.: Gin. y Obst. de México. 7: 71, 1952.