

Variaciones de la técnica convencional de histerectomía total abdominal

Variations of the conventional technique of total abdominal hysterectomy

Bárbaro Agustín Armas Pérez,^I Osvaldo Posada Beceiro,^{II} Evelio Salvador Reyes Balseiro,^{III} Oscar Duménigo Arias,^{IV} Daniel Díaz Poll,^V Joaquín Márquez Hernández^{VI}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Consultante. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni». Camagüey, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni». Camagüey, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General y de Medicina General Integral. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni». Camagüey, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía General y de Medicina General Integral. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni». Camagüey, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni». Camagüey, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni». Camagüey, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La histerectomía total abdominal es un procedimiento quirúrgico frecuente. El presente estudio pretendió mostrar y a la vez proponer una modificación de la técnica convencional de histerectomía total abdominal, en diferentes momentos de la técnica, y que comprende en conjunto tanto la apertura y cierre de la cavidad abdominal, la sutura y fijación de la cúpula vaginal como la ligadura de los pedículos vasculares.

MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de exponer las modificaciones introducidas a la técnica tradicional de histerectomía total abdominal de Richardson en 155 pacientes operadas en el Hospital Universitario Clínicoquirúrgico «Amalia Simoni» (Camagüey), entre el 2002 y el 2007. La fuente primaria de la información fue una encuesta y los datos recogidos fueron

procesados con medios automatizados mediante el paquete estadístico *Microstat*.

RESULTADOS. La edad promedio fue de 42,35 años. La anestesia más utilizada fue la regional espinal (75,48 %), el tiempo quirúrgico medio fue de 56,15 min y se observó un 7,74 % de complicaciones posoperatorias. Entre ellas las más frecuentes fueron las hemorragias (3,23 %) y las infecciones (2,58 %). No se reintervino ningún caso y se obtuvieron excelentes resultados en cuanto a estética, reducción del tiempo quirúrgico, disminución del dolor posoperatorio y de la estadía hospitalaria.

CONCLUSIONES. Las complicaciones encontradas no se relacionaron con las variaciones de la técnica realizada, y las intervenciones fueron poco dolorosas y más estéticas que las convencionales.

Palabras clave: Histerectomía abdominal modificada, tiempo quirúrgico, estadía posoperatoria, dolor posoperatorio y resultados estéticos.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Total abdominal hysterectomy is a common surgical procedure. The objective of the present study was to show and propose at the same time a modification to the conventional technique of total abdominal hysterectomy at different moments of the technique, including the opening and closure of the abdominal cavity, the suture and fixation of the vaginal cupule and the ligation of the vascular pedicles.

METHODS. A descriptive study was undertaken aimed at exposing the modifications introduced in the traditional technique of Richardson's total abdominal hysterectomy in 155 female patients operated on at «Amalia Simoni» Clinical and Surgical Teaching Hospital (Camagüey) from 2002 to 2007. The primary source of information was a survey, and the data collected were processed by automated means through the Microstat statistical package.

RESULTS. Average age was 42.35 years old. The most used anesthesia was the regional spinal (75.48 %). The mean surgical time was 56.15 minutes, whereas postoperative complications accounted for 7.74 %. Hemorrhages (3.23 %) and infections (2.58 %). were among the most frequent. No case was reoperated on and excellent results were attained as regards aesthetics, reduction of surgical time, decrease of postoperative pain and hospital stay.

CONCLUSIONS. The complications found were not related to the variations of the technique applied. The operations were less painful and more aesthetic than the conventional ones.

Key words: Modified abdominal hysterectomy, surgical time, postoperative stay, postoperative pain and aesthetic results.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía total abdominal (HTA) es un procedimiento quirúrgico frecuente en cirugía y la indicación principal pero no la única es el fibroma uterino. Esta intervención está expuesta a diversas complicaciones trans y posoperatorias que deben estar en la mente del cirujano. Tiene un tiempo contaminado y por eso, nos

adherimos a la utilización de la antibioticoterapia profiláctica, además de que se debe cumplir lo reglamentado para evitar las complicaciones posoperatorias, sobre todo las infecciosas.¹⁻⁵

El presente estudio pretendió mostrar y a la vez proponer una modificación de la técnica convencional de histerectomía total abdominal, en diferentes momentos de la técnica, y que comprende en conjunto tanto la apertura y cierre de la cavidad abdominal, la sutura y fijación de la cúpula vaginal como la ligadura de los pedículos vasculares, ya que los principios de la técnica de la histerectomía propiamente dicha son similares a la descrita en los diversos manuales.

Las ventajas atribuidas son las siguientes:

- Es más estética y por tanto las mujeres la prefieren.
- Disminuye el tiempo anestésico y quirúrgico por debajo de los 60 min.
- Disminuye el consumo de suturas ya que no se hace hemostasia en la pared, se seccionan y ligan al unísono los ligamentos redondos, los vasos uterováricos y las trompas; y la cúpula se cierra con dos puntos.
- Poca probabilidad de sangrado, hematoma y granuloma.
- Menos probabilidad de hernia incisional e infecciones.
- Poca probabilidad de prolapso de la cúpula vaginal y sangrado de vasos uterinos.
- Menos traumática y menos dolorosa.
- Disminuye la estadía hospitalaria posoperatoria en algo más de 48 h.
- Disminuye los costos hospitalarios.

Las desventajas relativas comprenden:

- No debe de usarse cuando hay cirugía de abdomen inferior previa.
- Más difícil de extirpar los úteros voluminosos.
- Más laboriosa en las mujeres obesas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo con 155 pacientes del sexo femenino sometidas a HTA usando la técnica convencional de Richardson modificada con algunas variaciones, operadas entre septiembre del 2002 y septiembre del 2007, en el Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Universitario «Amalia Simoni», en Camagüey, con el objetivo de determinar la factibilidad de este proceder.

Con tal propósito se creó una encuesta según la bibliografía revisada y el interés de los autores, que incluyó las variables siguientes: grupo de edades, método anestésico, tiempo quirúrgico, procedimientos añadidos, complicaciones y estadía hospitalaria posoperatoria. En todos los casos se empleó profilaxis antibiótica con cefalosporinas (cefazolina). Las pacientes se siguieron por consulta externa durante un año. Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos y se procesaron de forma computadorizada con el programa estadístico *Microstat*. Los resultados se exponen en tablas.

Características del dolor: fue evaluado en el posoperatorio inmediato y a las 48 h según la Escala Analógica Visual del Dolor (EAV). Esta escala tiene rango de 0 a 10, donde 0 representa la ausencia de dolor y 10 el valor máximo, y se expresó en las categorías siguientes: ausente=0, ligero=1-3; moderado= 4-6 e intenso= 7-10.⁶

Técnica quirúrgica resumida (señalando los pasos que se apartan de las técnicas tradicionales):

- Incisión transversa suprapúbica de la piel, de Joel Cohen.
- Perforación del tejido celular subcutáneo en la línea media con una pinza de Kelly y separador de Farabeuf, hasta visualizar la aponeurosis.
- Apertura a ciegas de la aponeurosis de ambos rectos y los tejidos faciales con tijera de Mayo curva, en el mismo sentido de la incisión.
- Dislaceración del tejido celular subcutáneo con separadores de Farabeuf.
- Separación de los músculos rectos en la línea media con pinzas de Kelly.
- Apertura de un pequeño orificio en el peritoneo en la línea media y dislaceración en sentido céfalo-caudal.
- Tracción manual mantenida sobre los músculos rectos en sentido lateral para ampliar el campo de la incisión.
- Uso de separador abdominal de autoretencción (O´ Sullivan - O´Connor).
- Pinzamiento, sección y ligadura doble en su conjunto de los ligamentos redondos, vasos útero-ováricos y trompas.
- Ligadura única a los vasos uterinos a nivel del ligamento cardinal de Mackenrodt.
- Cierre de la cúpula vaginal con dos puntos en X que incluyen los ligamentos útero-sacros y que al anudarse refuerzan el muñón de los vasos uterinos y el ligamento de Mackenrodt.
- No se hace cierra el peritoneo habitualmente.
- Las ligaduras se hacen con sutura no absorbible.

RESULTADOS

La mayoría de las pacientes tenían edades entre los 31 y 50 años de edad, para un aproximado de un 90% (87,09 %). La edad promedio fue de 42,35 y fluctuó entre 25 y 67 años (tabla 1). La paciente más joven tenía un NIC III y la más añosa, una hiperplasia quística endometrial.

Tabla 1. **Distribución según grupos de edades**

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 años	7	4,52
De 31 a 40 años	57	36,77
De 41 a 50 años	78	50,32
De 51 a 60 años	10	6,45
Más de 61 años	3	1,94
Total	155	100,00

Mínimo = 25 años (NIC III). Media = 42,35 años.
 Máximo = 67 años (Hiperplasia quística endometrial).
 Fuente: Encuestas.

Al 75,48 % de los pacientes se le aplicó anestesia regional espinal, seguido de un 16,13 % con regional peridural y al resto (8,39 %), general endotraqueal. El tiempo quirúrgico transcurrido registró una media de 56,15 min y el rango estuvo entre los 25 min y 140 min, respectivamente. El proceder añadido a la HTA se recoge en la tabla 2. Al 46,45 % de las pacientes se les realizó otro proceder quirúrgico, entre ellos la anexectomía uni o bilateral (12,26 %), la técnica más usada.

Tabla 2. **Proceder añadido a la histerectomía total abdominal**

Procedimiento añadido	Frecuencia	Porcentaje
Anexectomía uni o bilateral	19	12,26
Dermolipectomía reducida	16	10,32
Resección ovárica total o parcial	12	7,74
Salpingectomía uni o bilateral	12	7,74
Resección de cicatrices anteriores	9	5,81
Apendicectomía	4	2,58
Total	72	46,45

Fuente: Encuestas.

En la tabla 3 aparecen los resultados anatomopatológicos, que se han dividido para facilitar la descripción. En el cuerpo uterino se presentaron 174 diagnósticos histológicos, entre los que predominaron el fibroma o fibroleiomioma; en el cuello (117 diagnósticos) predominó el quiste de Naboth. Veintiún pacientes presentaron alteraciones en trompas, 19 en ovarios y 4 en el apéndice cecal.

Tabla 3. **Resultados anatomopatológicos**

Hallazgos	Frecuencia específica según enfermedades	Frecuencia según divisiones anatómicas del útero y anejos
<i>En cuerpo uterino</i>		174
Fibroleiomioma	114	
Adenomiosis	54	
Hiperplasia quística endometrial	6	
<i>En cuello uterino</i>		117
Quiste de Naboth	74	
Cervicitis crónica	21	
Displasia moderada-severa	10	
Metaplasia escamosa	8	
Carcinoma epidermoide	3	
Virus de papilomas humano	1	

<i>Trompas uterinas</i>		21
<i>Ovarios</i>		19
<i>Apéndice cecal normal</i>		4
Total		335

Fuente: Encuestas.

La morbilidad posoperatoria se recoge en la tabla 4. Trece pacientes sufrieron complicaciones (8,39 %), 12 (7,74 %) de las cuales ocurrieron en el posoperatorio y 1 en el transoperatorio (0,65 %), que resultó ser una apertura accidental de la vejiga. Entre las complicaciones posoperatorias las más frecuentes fueron las hemorragias (3,22 %) (3 hematomas de cúpula y 2 de la herida) y las infecciones (2,58 %) (2 de la herida y 2 de la cúpula).

Tabla 4. **Complicaciones**

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
<i>Transoperatorias</i>	1	0,65
Apertura de Vejiga	1	0,65
<i>Posoperatorias</i>	12	7,74
Hemorragias	5	3,22
Infecciosas	4	2,58
Quiste retención	2	1,29
Seroma y granuloma	1	0,65
Total	13	8,39

Fuente: Encuestas.

La estadía postoperatoria promedio fue de 2,1 días, la mínima de 2 días y la máxima de 4 en dos pacientes. Tres mujeres requirieron reingreso, una de ellas era una paciente obesa con infección de la herida, otra con infección de la cúpula vaginal y la última con hematoma de la cúpula que drenó espontáneamente y no llegó a infectarse.

El dolor posoperatorio en las primeras 24 horas se presentó en el 100 % de las pacientes, entre moderado e intenso, mientras que en el resto del posoperatorio fue ligero en el 90 % de las operadas y en el resto fue moderado.

DISCUSIÓN

La incisión quirúrgica que aparentemente parece ser cruenta, en la práctica, resultó ser mucho más rápida, menos sangrante y con resultados estéticos óptimos. En la actualidad en el mundo se observa una tendencia a las incisiones transversas bajas.⁷ Ya en la cavidad se usa el separador de autorretención ideado por O´Sullivan-O´Connor, seguidamente y tal como aparece en la técnica clásica de Richardson descrita por Te Linde,⁸ se seccionan y ligan en su conjunto el ligamento

redondo, los vasos uteroovárico y la trompa a cada lado. Este paso no se efectúa así hoy día, pero nos parece útil porque se gana en tiempo quirúrgico, se ahorra sutura y al final no se utiliza el ligamento redondo como sostén de la cúpula vaginal. En su momento se cierra la cúpula con dos puntos en cruz y se fija con el ligamento uterosacro y el ligamento de Mackenrodt a cada lado, reforzando de esta manera con otra sutura la ligadura de los vasos uterinos que transcurren a su través. Hoy se considera que el sostén más importante del útero y la parte superior de la vagina lo dan el ligamento uterosacro y el ligamento cardinal, transverso o de Mackenrodt y que los ligamentos redondos, infundíbulo-pélvico y anchos tienen menos valor en este sentido.^{9,10}

Con relación a las suturas se utilizó con buenos resultados el *catgut* cromado absorbible, aunque es conocido que se prefieren las suturas de absorción más lenta como el Vicryl, Dexon, PDS, etc.¹⁰⁻¹² No se cerró el peritoneo como algunos autores preconizan.¹³ La indicación quirúrgica es muy importante; en todos los casos se pensó que la enfermedad era benigna aunque algunas mujeres tenían neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC III), en 3 de las cuales se demostró un carcinoma de cuello. A estas pacientes se reseco un manguito vaginal cuando no se conocía aún la existencia de un carcinoma. Es necesario insistir en no realizar histerectomías innecesarias.^{1-2,14}

En los hallazgos anatomopatológicos predominó el fibroma/leiomioma uterino, al igual que documentan otros informes.^{14,15} La adenomiosis o endometriosis uterina no es una indicación absoluta para la histerectomía cuando se diagnostica en el preoperatorio, pero no siempre existe esta posibilidad.^{1,16}

La morbilidad posoperatoria fue baja si se compara con otros estudios.¹⁻⁴ Predominaron el sangrado menor y las infecciones, que se consideraron bajas cuando se comparan con las citadas por Hager para cirugía limpia contaminada, la cual oscila entre 2-10 %.³ Incluso, es menor cuando se utiliza antibioticoterapia profiláctica.^{2-5,16} Ningún caso necesitó reintervención quirúrgica, pero 3 pacientes necesitaron reingreso, lo que concuerda con el reporte de Harris.⁴ La estadía posoperatoria fue baja, lo cual vinculamos con el procedimiento practicado. Es importante señalar que se aboga en la actualidad por disminuir la permanencia hospitalaria con la finalidad de disminuir los costos por estadía.^{1,4,16,17}

Las complicaciones encontradas no se relacionaron con las variaciones de la técnica realizada, y las intervenciones fueron poco dolorosas y más estéticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thompson JD, Warshaw J. Histerectomía. Cap 33. En: Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 8^{va} ed. Buenos Aires: Panamericana; 2000. p. 794.
2. VanDenEeden SK, Glasser M, Mathias SD. Quality of life, health care utilization, and costs among women undergoing hysterectomy in a managed-care setting. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 178:91-100.
3. Hager WD. Infecciones postoperatorias: Prevención y Manejo. Cap 12 en Te Linde Ginecología Quirúrgica 8 ed. Buenos Aires: Panamericana; 2000. p. 213.
4. Harris WJ. Early Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 50(11): 795-805.

5. Pinilla GR, Pardo GG. Antibioticoterapia perioperatoria. Rev Cubana Cir 1998;37(2): 126-33.
6. Dexter F, Chestnut DH. Analysis of statistical test to compare visual analog scale measurements among groups. Anesthesiology 2005;82:896-902.
7. Gallup DG. Incisiones para cirugía ginecológica. Cap 15. En: Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8 ed. Buenos Aires: Panamericana; 2000. p. 295.
8. Te Linde RW. Operative Gynecology. 3^a ed. Philadelphia: A Lippincott Book; 1962. p. 319.
9. Rodríguez HN. Cirugía Ginecológica y Obstétrica. Tomo I. 1^{ra} ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1993. p.99.
10. Weber LNJ, Barlow D, Lethaby A, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006.
11. Gupta S, Mayonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. Current Obstet Gynaecol 2006; 328(7432):129-33.
12. Olsson JH, Ellstrom M, Hahlin M. A randomized trial prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol 2006;103:345-50.
13. Kucuk M, Okman TK. Non closure of visceral peritoneos at abdominal hysterectomy. J Gynecol Obstet 2001;75(3):317-19.
14. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rate in the USA. 1990-1997. Obstet Gynecol 2002; 99(2):229-34.
15. Shaoni A, Parant D, Monrozies X, Reme JM, Tanguy Y, Perineau M, *et al*. Vaginal hysterectomy in fibroma. A propose of 453 cases. Retrospective comparison with 509 cases of abdominal hysterectomy. Ann Chir 1999;53(3):201-05.
16. Sacristán A, Regujo F. Tratamiento médico de la endometriosis: Estado actual. En: Schmid, C V. Endometriosis. Una visión multidisciplinaria para médicos, pacientes y familiares. 1^{ra} ed. Girona: Asociación de Endometriosis de España; 2005. p. 121.
17. Blanco FP, Alabar VN, Alcantal LR, Piña PL, Cisneros DC, Rodríguez CM. Análisis de costo efectividad de la histerectomía entre la cirugía convencional y la cirugía videoendoscópica. XIX Forum Nacional de Ciencias Médicas. Resumed 2007:1-74.

Recibido: 16 de marzo de 2008.

Aprobado: 28 de junio de 2008.

Bárbaro Agustín Armas Pérez. Calzada B núm. 94, Reparto Lenin. Camagüey, Cuba.
Correo electrónico: baap@finlay.cmw.sld.cu