

Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino

Vaginal hysterectomy in patients with uterus prolapse

Miguel Emilio García Rodríguez,^I Ramón Ezequiel Romero Sánchez^{II}

^I Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía General. Hospital General Universitario "Martín Chang Puga". Camagüey, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular de Cirugía General. Hospital General Universitario "Martín Chang Puga". Camagüey, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En la literatura médica se cita la nuliparidad, la existencia de operaciones anteriores y el tamaño del útero como factores excluyentes a la hora de elegir la técnica de histerectomía. El objetivo de la investigación fue determinar la eficacia y factibilidad de la histerectomía vaginal por la técnica de Heaney, practicada en pacientes sin prolapso uterino, incluso en presencia de los factores antes mencionados.

MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional descriptivo multivariado, en una muestra de 1 000 pacientes operadas en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Martín Chang Puga", en Nuevitas (Camagüey), entre mayo del 1994 y diciembre del 2006. Se diseñó una base de datos en Excel, que se importó al paquete estadístico profesional SPSS, con el que se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados, que finalmente se representaron en tablas de frecuencias y porcentajes. Se utilizó una significación de $p=0,05$.

RESULTADOS. El 6 % de las pacientes eran nulíparas y el 23,5 % tenían cirugías previas en la pelvis. Un 82,6 % de las pacientes tenían úteros que no sobrepasaban un valor aproximado de 12 semanas de gestación, y el fibroma uterino fue el motivo principal (88,5 %) de la intervención. Solamente un 4,1 % de las pacientes necesitó transfusión sanguínea. Las complicaciones peri y posoperatorias ocuparon el 1,7 % y el 10,3 % respectivamente. El 97,2 % de las pacientes estuvo menos de 48 h en el hospital y el 99,4 % se reincorporó antes de los 30 días.

CONCLUSIONES. Se desestiman la nuliparidad, el tamaño del útero y las operaciones anteriores como factores aislados y excluyentes para la vía vaginal. No

obstante, el tipo de histerectomía dependerá de la decisión tomada en conjunto por la paciente y su médico tratante, según los costos y beneficios que implique en cada caso.

Palabras clave: Histerectomía vaginal, fibroma uterino, complicaciones.

ABSTRACT

INTRODUCTION. In the medical literature is quoted the nulliparity, the existence of previous operations and the uterus size as exclusion factors to choice the hysterectomy technique. The aim of present research was to determine the effectiveness and feasibility of vaginal hysterectomy by Heaney's technique, carried out in patients without uterus prolapse even in presence of the above mentioned factors.

METHODS. A multivariate, descriptive and observational study was conducted in a sample including 1 000 patients operated on in the General Surgery service of the "Martín Chang Puga" University Hospital in Nuevitas municipality (Camagüey province, between May, 1994 and December, 2006. A database was designed in Excel transferred to SPSS professional statistical package to carry out univariated, bivariated and multivariate analyses, which finally were represented in frequency and percentages tables. A significance of $p= 0.05$ was used.

RESULTS. The 6 % of patients were nulliparous and the 23,5 % had previous surgeries of pelvis. A 82,6 % of patients had uteri with no more than an approximate value of 12 weeks of pregnancy and the uterine fibroma was the leading cause (88,5 %) of intervention. Only a 4,1 % of patients need blood transfusion. The perioperative and postoperative complications accounted for the 1,7 % and the 19,3 %, respectively. The 97,2 % of patients stayed less than 48 hours in the hospital and the 99,4 % go back to normal life.

CONCLUSIONS. The nulliparity, the uterus size and the previous operations were not considered like isolated and excluding factors for the vaginal route. However, the type of hysterectomy will depends of the decision of the attending physician and the patient, according the costs and benefits involved in each case.

Key words: Vaginal hysterectomy, uterine fibroma, complications.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una técnica o procedimiento que consiste en la extirpación quirúrgica del útero, y en ocasiones de las trompas de Falopio o los ovarios, y ocupa el tercer lugar en frecuencia de realización entre las operaciones de cirugía mayor electiva y el segundo como procedimiento quirúrgico en las mujeres no embarazadas.¹ Puede realizarse por vía abdominal, vaginal (HV) y laparoscópica (pura o combinada con técnicas vaginales).¹⁻³

Al año en los Estados Unidos se operan 600 000 mujeres, con un costo aproximado de 5 mil millones de dólares,¹ el más alto índice de realización del proceder. En Brasil, del año 2000 al 2002, se realizaron 300 000 operaciones de este tipo,⁴ y así se encuentran en la literatura países como Finlandia y Australia^{5,6} donde el número de histerectomías es elevado y la vía abdominal es la más frecuente.

Las estadísticas publicadas en los Estados Unidos en el 2002,¹ que analizan las histerectomías practicadas entre 1990 y 1997, reflejan lo siguiente: la frecuencia de histerectomía descendió (7,1 % en 1980 a 5,6 % en 1997), pero a su vez fue superior que en otros países de Europa y en Australia. El porcentaje de histerectomías abdominales descendió (del 73 al 63 %), el de histerectomías vaginales puras se mantuvo estable (del 24 al 23 %) y hubo un aumento en el de las laparoscópicas (del 0,3 al 9,9 %).

Otros estudios de importancia que avalan lo anterior son los realizados en Inglaterra y Finlandia.⁴ En Inglaterra se realizó un estudio (VALUE), que fue publicado en el 2002, en el cual se revisaron en total 37 000 histerectomías realizadas entre 1994 y 1995.^{5,6} Las proporciones fueron semejantes a las norteamericanas: 67 % de histerectomías abdominales, 30 % de vaginales y 3 % de laparoscópicas. En Finlandia, entre 1990 y 1995, hubo un ligero aumento de las vaginales (del 5 al 20 %) y una disminución de las abdominales (del 95 al 55 %) y sobre todo se produjo un aumento importante de las laparoscópicas (del 0 al 25 %).^{5,7} Hay que tener presente en estas grandes estadísticas que la indicación prioritaria de la HV fue el prolapso, donde la técnica es la de elección. No obstante, existen resultados individuales de centros y cirujanos con tasas importantes de histerectomías en pacientes sin prolapso uterino.^{1,5,6}

Por tradición, las escuelas del centro de Europa han sido fieles a la vía vaginal; en los países anglosajones se usa poco, aunque hay algunos paladines vaginalistas, lo que no ocurre así en Francia, donde la tasa de histerectomías vaginales es cada vez mayor.⁶

En Cuba más del 70 % de las histerectomías se realizan por vía abdominal y la vía vaginal queda relegada al prolapso, donde la técnica es obligatoria.⁷ Ello no difiere del contexto mundial, pues según diferentes series revisadas la proporción de abdominales y vaginales es de 3:1.^{2,3,7} Esta operación ocupa el tercer lugar en la cirugía mayor electiva y el segundo en frecuencia en mujeres en edad reproductiva, solo superada por la operación cesárea.⁷

Aunque la histerectomía es una intervención quirúrgica común, su morbilidad tiene repercusión económica en términos de cuidados de salud y pérdida de días hábiles,⁸ por lo que los cirujanos para asegurarse de que cada paciente reciba los mejores cuidados posibles analizan la eficacia y factibilidad de las diferentes vías en cuanto a indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, estadía y costos.

Sin embargo, a pesar de las ventajas que ofrece la vía vaginal, su frecuencia se mantiene baja. Consideramos que sucede por el sesgo que existe en la información de los cirujanos acerca de esta vía y a la vez la proscriben por desconocimiento. Al respecto, el cirujano ginecológico abdominalista Jean-Louis Farré —citado por Yovarone—,⁹ expresó: "la discusión sobre la bondad de una u otra vía se suscita no entre vaginalistas o abdominalistas, sino entre los que saben hacer la histerectomía vaginal y los que no saben hacerla, pero que, no percatándose de ello, insisten en proscribirla".

En la literatura médica⁹⁻¹⁹ se citan la nuliparidad, las operaciones anteriores y el tamaño del útero (equivalente a un tamaño mayor de 12 semanas de gestación) como factores excluyentes a la hora de elegir la técnica. Con el objetivo de exponer nuestros resultados con el uso de la técnica, incluso en presencia de los factores antes mencionados, es que se realiza esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo multivariado, en el cual se analizaron 1 000 pacientes sin prolapso uterino, operadas con la técnica de hysterectomía vaginal de Heaney. Fueron incluidas pacientes con enfermedades del útero e indicación quirúrgica (fibroma uterino, sangrado uterino anormal, enfermedad endometrial benigna y maligna en etapa I, así como neoplasia intraepitelial cervical en las que fallaron los métodos conservadores).

La información sobre las pacientes se recogió en una base datos en Excel (versión 2003), que contenía las variables que respondían a los objetivos de la investigación. Esta se importó al paquete estadístico profesional SPSS y se aplicó la prueba de hipótesis de proporciones y ji al cuadrado para las variables cualitativas o cuasicuantitativas, con los coeficientes de asociación y t de Student, para variables cuantitativas continuas. Se utilizó un nivel de significación del 5 % ($\alpha = 0,05$). Se realizó además un estudio multivariado, donde el análisis de variables canónicas detectó en la población estudiada 4 componentes de gran confiabilidad, al lograr explicar con ellos el 66,10 % de la variabilidad total analizada.

RESULTADOS

En la caracterización de la muestra detallada (tabla 1) se observa cómo el promedio de edad fue de 42 años (DE $\pm 6,1$). Sesenta del total de las pacientes eran nulíparas. El diagnóstico principal fue el de fibroma uterino (88,5 %), seguido en orden de frecuencia por sangrado uterino anormal (5 %), hiperplasia quística endometrial y neoplasia intraepitelial cervical (NIC III) con 2,6 % respectivamente, y por último el carcinoma endometrial con 1,3 %. El 23,5 % de las pacientes tenían intervenciones quirúrgicas ginecológicas sobre la pelvis, por vía abdominal, y el 82,6 % tenían un útero equivalente a menos de 12 semanas de gestación (con la correlación clínica).

Tabla 1. Características del universo de estudio

Variable	n	Significación
Edad (años) (\pm DE)	42 \pm 6,1	p < 0,05
Nuliparidad	60 (6 %)	p < 0,05
Indicación		
Fibroma uterino	885 (88; 5 %)	p < 0,05
Sangrado uterino anormal	50 (5 %)	
Hiperplasia endometrial	26 (2,6 %)	
Neoplasia intraepitelial cervical	26 (2,6 %)	
Carcinoma endometrial	13 (1,3 %)	
Cirugías previas	235 (23,5 %)	p < 0,05
Tamaño del útero		
Hasta 12 semanas	826 (82,6 %)	p < 0,05
>12 semanas	124 (12,4 %)	

Los resultados perioperatorios se resumen en la tabla 2, y son los siguientes: El tiempo quirúrgico promedio fue de 35 min (DE \pm 9,3). En un 4,1 % de los casos se necesitó transfusión de sangre y en el 6,2 % de las pacientes se realizó alguna técnica de reducción de volumen (morcelación, bisección, miomectomía). La morbilidad transoperatoria fue del 1,7 % y la posoperatoria del 10,3 %. El índice de conversión y reintervención fue del 0,7 y 0,9 % respectivamente. En cuanto a la estadía posoperatoria y la reincorporación social, el 97,2 % de las pacientes estuvo menos de 48 h en el hospital y el 99,4 % se reincorporó antes de los 30 días.

Tabla 2. Resultados quirúrgicos

Variable	n	Significación
Tiempo quirúrgico (min) (DE)	35,2 \pm 9,36	p < 0,05
Transfusión de sangre	41 (4,1 %)	p < 0,05
Técnicas de reducción		
Morcelación	27 (2,7 %)	p < 0,05
Bisección	9 (0,9 %)	
Miomectomía	26 (2,6 %)	
Morbilidad		
Transoperatoria	17 (1,7 %)	p < 0,05
Posoperatoria	103 (10,3 %)	p < 0,05
Conversión	7 (0,7 %)	p < 0,05
Reintervención	9 (0,9 %)	p < 0,05
Estadía posoperatoria		
< 48 h	972 (97,2 %)	p < 0,05
> 48 h	28 (2,8 %)	
Reincorporación (días)		
< 30	994 (99,4 %)	p < 0,05
30 y más	6 (6 %)	

Por último, el análisis de los componentes principales condujo a detectar que en la población estudiada se encontraron 4 componentes de gran confiabilidad, al lograrse explicar con ellos el 66,10 % de la variabilidad total analizada (tabla 3).

Tabla 3. Matriz de componentes*

Variables	Componente			
	1	2	3	4
Tamaño del útero	0,708	-0,458	0,157	0,107
Tiempo quirúrgico	0,627	-0,116	-0,076	0,149
Técnicas de reducción de volumen	0,499	0,252	-0,205	0,072
Diagnóstico	-0,519	0,600	-0,198	0,050
Complicaciones perioperatorias	0,434	0,573	0,154	-0,270
Reincorporación	0,445	0,519	0,248	-0,404
Operaciones anteriores	-0,292	-0,030	0,883	0,106
Complicaciones posoperatorias	0,191	0,496	0,086	0,779

* Método de extracción: Análisis de componentes principales (4 componentes extraídos).

DISCUSIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico frecuente que en la mayoría de las pacientes se realiza en el período premenopáusico, etapa en la que existe un aumento en el pico de producción hormonal, que a su vez interviene en la génesis de enfermedades que provocan la intervención.^{1,7,8,10}

En la historia, la histerectomía vaginal precedió a la abdominal por siglos. La primera de ellas se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, en el año 120 a. C.² En Cuba la única descripción y resultados publicados con la aplicación de la técnica de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino data de 1980, y corresponde a los profesores Silvanio Reyes Fuentes y Dirk Elling,^{2, 3} en el Hospital Docente Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". Esta técnica era igual a la que realizaban Stoeckels-Kraatz y sus continuadores en la Clínica de Mujeres del Hospital «La Charité», en Berlín.

Se discute si la elección de la vía de abordaje en la histerectomía obedece a razones técnicas o se debe a preferencias del equipo médico. Tradicionalmente la más utilizada ha sido la vía abdominal, que confiere un campo quirúrgico más amplio que la vaginal, la cual quedó relegada en la mayoría de los casos al prolapso como indicación de elección.⁷ Sin embargo, en la última década se habla de un resurgimiento de la vía vaginal para pacientes con enfermedades sin prolapso uterino, y se utilizan como factores que pueden dictar la vía la paridad,^{7,8} el antecedente de cirugía pélvica por vía abdominal^{7, 9} y el tamaño del útero.⁷⁻¹¹

En la bibliografía revisada,⁹⁻¹⁹ la paridad, los antecedentes de operaciones ginecológicas y el tamaño del útero no constituyen como factores aislados una contraindicación para la vía. Lo que refuerza que, con una buena evaluación preoperatoria, una disección meticulosa de los tejidos y una utilización adecuada de las técnicas de reducción de volumen se facilita la intervención en pacientes con estos antecedentes.

Una de las variables utilizadas como comparación entre las vías es el empleo de transfusiones de sangre, que ha experimentado un significativo descenso ante el peligro de transmisión del VIH o una hepatitis, y existe la tendencia actual de reposiciones isovolémicas,¹⁹⁻²³ reflejada en nuestra serie pues el uso de sangre fue mínimo. La bibliografía revisada^{15,17,22} concuerda con nuestros resultados en que el tiempo quirúrgico es ostensiblemente menor con el procedimiento vaginal que con el uso de otras técnicas (laparoscópicas o abdominales).

El índice de complicaciones peri- y posoperatorias no difiere de otras publicaciones,¹⁶⁻¹⁸ donde el sangrado perioperatorio es la causa fundamental de la conversión, sobre todo cuando no está relacionado con la vía.^{9,15,19,24} Por otro lado está la lesión vesical, la cual en la mayoría de las pacientes está asociada al grado de fijación de la plica vesicouterina, que en muchas ocasiones se puede evitar si se realiza una técnica escalonada y meticulosa. Entre las complicaciones posoperatorias, las infecciosas desempeñan un rol protagónico y entre ellas la infección urinaria es la que podría evitarse acortando el tiempo de cateterización.¹⁸⁻²⁴ En ocasiones algunas complicaciones posoperatorias²⁴ (sangrado y fístula vesicovaginal) obligan a la reintervención, la que se puede realizar por vía vaginal cuando se está bien entrenado.

En nuestra serie la estadía posoperatoria así como la reincorporación se vieron afectadas por algún tipo de complicación; sangrado y la fístula vesicovaginal tuvieron significación estadística ($p < 0,05$), lo cual coincide con algunas referencias²⁰⁻²² que plantean que la estadía posoperatoria y la reincorporación de

las pacientes a sus actividades diarias son directamente proporcionales a las complicaciones peri y posoperatorias.^{22,25} Con el estudio multivariado se obtuvieron 4 componentes que explicaron más del 66,10 % del total de la varianza explicada, lo cual condensó la información y demostró con su interpretación cualitativa que la paridad, las operaciones anteriores y el tamaño del útero no fueron factores aislados a la hora de escoger la vía.

Al analizar el impacto económico desde un punto de vista cualitativo se observa que al reducir la estadía hospitalaria, disminuir las complicaciones, el tiempo quirúrgico y el consumo de sangre, así como con la reincorporación de las pacientes más tempranamente, esta vía mostró una ventaja con respecto a la técnica abdominal, y aunque iguales resultados se logran con la cirugía laparoscópica en cualquiera de sus variantes, esta a su vez tiene el inconveniente del costo del equipamiento, y constituye un sustituto del procedimiento abdominal y a la vez una variante de la vía vaginal pura.²⁶ Sus ventajas con respecto a la vía abdominal han quedado vigentes en las palabras de Richter —citado por Yovaronne—:⁹ “Cuando se hace una histerectomía vaginal, se hace una histerectomía. Cuando se hace una histerectomía abdominal se hacen dos intervenciones: una laparotomía y una histerectomía”.

En conclusión, los resultados del estudio proponen que la HV es la técnica de elección cuando es posible de realizar, debido a que se asocia a un menor número de complicaciones, menor estadía hospitalaria, menor morbilidad y menor tiempo quirúrgico. Resalta además que la paridad, las operaciones anteriores y el tamaño del útero no fueron factores, por sí solos o aislados, que influyeran en la factibilidad técnica del procedimiento, lo cual se demostró con el estudio multivariado. No obstante, el tipo de histerectomía que se realice dependerá de la decisión tomada en conjunto por la paciente y su médico tratante, en correspondencia con los costos y beneficios que la operación implique en cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbott JA, Garry R. The surgical management of menorrhagia. Hum Reprod. 2002;8(1):68-78.
2. Reyes Fuentes S, García Andrade J, Elling Dirk FF. Histerectomía vaginal en úteros sin prolapso (Una técnica). Análisis retrospectivo de 50 pacientes. Rev Cubana Obstet Ginec. 1980;6(4):319-23.
3. Elling D, Reyes Fuentes S, Valdés Vivo P. Sobre la indicación y diagnóstico preoperatorio de la histerectomía total por vía vaginal. Rev Cubana Obstet Ginec. 1980;6(1):19-23.
4. Costa AAR. Comparação dos resultados intra e pós-operatórios da histerectomía vaginal *versus* histerectomía abdominal em mulheres sem prolapso uterino, em um hospital-escola do Recife: ensaio clínico randomizado. (Dissertação Mestrado Instituto Materno-Infantil de Pernambuco). Brasil; 2003.
5. Garry R. The eVALuate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. BMJ. 2004;328(7432):129.

6. Maresh MJA, Metcalfe MA, McPherson K. The VALUE National Hysterectomy Study: description of the patients and their surgery. *Br J Obstet Gynecol.* 2002;109:302-12.
7. Rodríguez N. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1995;21(1):23-5.
8. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. *Surgical Laparoscopy & Endoscopy.* New York: Raven Press; 1992. Pp. 85-8.
9. Yovarone R. La histerectomía vaginal en úteros no prolapsados: Una vieja "nueva" opción. *Arch Gin Obstet.* 2002;40(1):223-6.
10. Mendoza Romero J, Alonso FJ, Dicrischio R, Pérez Canto G, Teppa Garran A. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65(2):69-75.
11. Fenner DE. Training of a gynecologic surgeon. *Obstet Gynecol.* 2005;105:193-6.
12. ACOG. Quality Assurance in Obstetrics and Gynaecology. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynaecologists; 2003.
13. Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P. A history of cesareans is a risk factor in vaginal hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:1135-9.
14. Van Den Eeden 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.
15. Deval B, Rafii A, Soriano D. Morbidity of vaginal hysterectomy for benign tumours as a function of uterine weight. *J Reprod Med.* 2003;48:435-40.
16. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1561-5.
17. Darai E, Soriano D, Kimata P, Laplace C, Lecuru F. Vaginal hysterectomy for enlarged uteri, with or without laparoscopic assistance randomized study. *Obstet Gynecol.* 2001;97:712-6.
18. Reich H, Roberto L. Laparoscopic hysterectomy in current gynaecological practice. *Reviews in Gynaecological Practice.* 2003;3:32-40.
19. Guarnaccia MM, Rein MS. Traditional surgical approaches to uterine fibroids: abdominal myomectomy and hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2001;44(2):385-400.
20. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and metaanalysis of randomized controlled trial *BMJ.* 2005;330:1478.
21. Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitine F. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1998;92:113-8.
22. Millán Rojas ÁL, Serrao AT. Histerectomía vaginal en ausencia de histerocele. *RFM.* 2007;30(1):18-23.

23. Comité de acreditación en transfusión (CAT). Estándares de acreditación. Asociación Española de Hematología y Hemoterapia. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea Ind Gráf. 3^{era} Edición. Madrid: El Instalador; 2006. Pp. 44-50.
24. Paredes Vila P. Fístulas urinarias yatrogénicas en la mujer. Rev Cubana Cir. 1973;12(1):75-81.
25. Alonso Domínguez FJ. Complicaciones urológicas de la cirugía ginecológica. Rev Cubana Cir. 1986;34(4):4.
26. Salinas H. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el hospital clínico de la universidad de Chile. Revisión de 2.338 casos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71(4):227-33.

Recibido: 20 de mayo de 2010.

Aprobado: 18 de agosto de 2010.

Miguel Emilio García Rodríguez. Hospital General Universitario "Martín Chang Puga". Carretera Nuevitas, Km 74, Nuevitas. Camagüey, Cuba. Correo electrónico: grmiguel@finlay.cmw.sld.cu