

Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años

Twelve year experience in performing laparoscopic hysterectomy

Dra. Raisy Sardiñas Ponce, Dra. Llpsy Fernández Santiesteban

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la histerectomía laparoscópica juega un importante papel en la cirugía ginecológica en la actualidad.

Objetivo: describir los resultados de la histerectomía laparoscópica desde enero de 2001 hasta diciembre de 2012 en el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Métodos: se realizó un estudio descriptivo con dos momentos observacionales: retrospectivo y prospectivo, de pacientes con enfermedades ginecológicas con criterio para histerectomía laparoscópica. Fueron recogidos, procesados y analizados los datos relacionados con la intervención quirúrgica, el postoperatorio inmediato y las complicaciones presentadas.

Resultados: la edad promedio fue de 48,7 años y el fibroma uterino fue la indicación quirúrgica más frecuente (80 %). Los promedios de tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio fueron de 124,3 minutos y 195,6 mililitros respectivamente. Ocurrieron accidentes intraoperatorios en el 6,9 % de los casos y ocho pacientes requirieron conversión, resultando un índice de 7,3 %.

Conclusiones: la histerectomía laparoscópica ofrece una alternativa eficaz para las pacientes con indicación para utilizar esta vía de acceso.

Palabras clave: histerectomía laparoscópica, mínimo acceso, ginecología.

ABSTRACT

Introduction: laparoscopic hysterectomy plays an important role in gynecologic surgery today.

Objective: to describe the outcomes of the laparoscopic hysterectomy from January 2001 to December 2012 in "Hermanos Ameijeiras" hospital.

Methods: a descriptive study was conducted in patients with gynecological diseases and scheduled for laparoscopic hysterectomy. Data about surgery, immediate postoperative period and complications were all collected, processed and analyzed.

Results: mean age was 48.7 years and uterine fibroid was the most frequent surgical indication (80.0 %). Surgical time and intraoperative hemorrhage means were 124.3 minutes and 195.5 milliliters, respectively. Intraoperative accidents occurred in 6.9 % of cases whereas 8 patients required laparotomy, for an index of conversion of 7.3 %.

Conclusions: laparoscopic hysterectomy offers an effective option to patients prescribed for this access path.

Keywords: laparoscopic hysterectomy, minimal access, gynecology.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las técnicas quirúrgicas que con mayor frecuencia se emplea para tratar las enfermedades uterinas benignas. Existen tres vías de abordaje para realizarla: abdominal, vaginal y laparoscópica. Los beneficios de la histerectomía laparoscópica son: mejor acceso con incisiones menores, una pérdida de sangre intraoperatoria inferior y una disminución en la caída del nivel de hemoglobina, reducción de la estancia hospitalaria, reincorporación más rápida a las actividades diarias, menos infecciones de heridas o de la pared abdominal, menor agresión inmunológica, menor incidencia de hernias, aunque al precio de un mayor tiempo quirúrgico y más lesiones de las vías urinarias (vejiga o uréter).¹⁻⁴

La primera histerectomía laparoscópica fue realizada por Harry Reich en 1993.³⁻⁸

Se han descrito múltiples clasificaciones para la misma, siendo una de estas la clasificación de Clermont Ferrand que describe los siguientes subgrupos:⁹

- Tipo I: Incluye la hemostasia y sección de los pedículos anexiales y de los ligamentos redondos, liberando la cúspide del ligamento ancho y facilitando el resto de las maniobras por vía vaginal.
 - Tipo II: Asocia el desprendimiento útero-vesical y la hemostasia de los pedículos uterinos.
 - Tipo III: Realiza la disección del cérvix por vía intrafascial, la hemostasia de los pedículos cervicovaginales y comienza la abertura vaginal.
 - Tipo IV: Consiste en realizar toda la histerectomía por vía laparoscópica, incluida la abertura y el cierre vaginales. El único momento de vía vaginal es la extracción de la pieza.⁹
-

En nuestro centro se realizó la primera histerectomía laparoscópica en el año 2001 a partir del cual se ha sistematizado este procedimiento en el tratamiento de enfermedades benignas uterinas. Dada la experiencia obtenida en estos años en la cirugía mínimamente invasiva en nuestro servicio, se realizó este estudio con el fin de describir los resultados obtenidos mediante esta vía de acceso. Exponemos los criterios que consideramos de mayor importancia al indicar la histerectomía laparoscópica, y las ventajas de este proceder.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, con dos momentos observacionales: en sentido retrospectivo en el período 2001-2008 y en sentido prospectivo 2009-2012, en el servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", dirigido a todas las mujeres con diagnóstico de enfermedades ginecológicas a las cuales se les indicó histerectomía laparoscópica. La muestra estuvo constituida por todas las pacientes (n= 112) a las que se le realizó esta intervención quirúrgica en ese período. Se incluyeron las pacientes con enfermedades ginecológicas benignas, con peso uterino menor a 700 g, que cumplieran los criterios para cirugía de mínimo acceso. Se excluyeron del estudio las pacientes en las que se realizara otro proceder quirúrgico además de la histerectomía laparoscópica en un mismo tiempo operatorio, aquellas con contraindicación anestésica para el proceder (por afecciones cardiovasculares o pulmonares no compatibles con la realización de neumoperitoneo) y las que padecían cáncer ginecológico.

RESULTADOS

La media de edad e índice de masa corporal (IMC) encontradas fueron 48,7 años (DE \pm 7,2 años) y 26,0 kg/m² (DE \pm 4,3 kg/m²), respectivamente. Las enfermedades asociadas se presentaron en 51,8 % de las pacientes y en correspondencia la mayoría de ellas presentaba un riesgo anestésico ASA II (50,1 %). Se encontraron 44 mujeres con antecedentes de operaciones en el hemiabdomen inferior y en ellas predominaron las cesáreas (47,7 %) y la ligadura de trompas (25 %). El fibroma uterino sintomático fue la indicación quirúrgica principal (80 %) y el promedio de peso uterino fue de 315,3 g (rango: 201,1 a 652,3 g; DE \pm 91,7 g).

El índice de conversión fue 7,3 % por lo que se realizó histerectomía laparoscópica a 102 pacientes. Las causas más frecuentes fueron por dificultad técnica (útero muy adherido a la pared anterior del abdomen y por las dimensiones del mismo) y accidentes operatorios, representando cada uno 37,5 %. El otro 25 % de las pacientes convertidas fueron por sangrado incoercible de arteria uterina. El tiempo quirúrgico promedio fue de 124,3 minutos (rango: 60-260 minutos; DE \pm 41,6 minutos). La pérdida de sangre fue de 195,6 mL como promedio (rango: 30-1500 mL; DE \pm 226 mL). El cierre de la cúpula vaginal se realizó por vía vaginal en 52,9 % y por vía laparoscópica en 47,1 %.

Se obtuvieron medias de dosis de analgésicos posoperatorios (dipirona y diclofenaco) y estadía posoperatoria de 2,6 dosis (rango: 2-9 dosis; DE \pm 1,2 dosis) y 1,6 días (DE \pm 1,2 días) respectivamente. En siete pacientes ocurrieron accidentes quirúrgicos representando 6,9 % del total del estudio. Los accidentes más frecuentes fueron las lesiones vesicales, ocurriendo apertura de la vejiga en dos pacientes que requirieron conversión, siendo tratadas con sutura primaria de vejiga; y las lesiones intestinales, donde se presentó una con deserosamiento de sigmoides y otra con perforación de sigmoides ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica según tipo de accidente operatorio

Tipo de accidente operatorio	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones por introducción de los trócares	1	14,3*
Lesiones durante la cirugía		
• Intestinales	2	28,5**
• Vesicales	2	28,5**
• Ureterales	1	14,3*
• Recto-vaginales a la extracción uterina	1	14,3*
Total	7	100

* Representa 0,9 % del total de pacientes estudiadas.

** Representa 1,9 % del total de pacientes estudiadas.

Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron las fístulas internas (dos pacientes con fístula ureterovaginal y una con fístula vesicovaginal), que se trataron con colocación de catéter J endoureteral. Otras complicaciones fueron: infección del tracto urinario, absceso de la cúpula vaginal, peritonitis fecaloidea por perforación de sigmoides, e hidronefrosis y urinoma izquierdo por lesión de uréter, cada una en una paciente ([tabla 2](#)). No hubo fallecidas en el grupo estudiado.

Las pacientes con complicaciones tuvieron un promedio de peso uterino ligeramente superior a las que no presentaron complicaciones. Obtuvimos medias de tiempo quirúrgico similares entre los grupos de pacientes que presentaron o no complicaciones. Encontramos igualmente pérdidas sanguíneas similares entre ambos grupos, sin obtener diferencias significativas en ninguno de los casos anteriores ([tabla 3](#)).

Tabla 2. Distribución de las pacientes operadas de histerectomía laparoscópica según complicaciones posoperatorias

Complicaciones posoperatorias	Frecuencia	Porcentaje
No	95	86,4
Sí	7	6,4
Generales		
Renales	1	14,3*
Relacionadas con la técnica quirúrgica		
Colecciones intrabdominales	1	14,3*
De la cúpula vaginal	1	14,3*
Fístulas internas	3	42,8**
Otras	1	14,3*
Total	7	100

* Representa 0,9 % del total de pacientes estudiadas.

** Representa 2,9 % del total de pacientes estudiadas.

Tabla 3. Relación entre complicaciones posoperatorias y medias de peso uterino

Variable	Complicaciones posoperatorias		p
	No	Sí	
	n= 95	n=7	
Peso uterino (g)	294,8	310,1	0,08
Tiempo quirúrgico (minutos)	124,1	126,4	0,99
Sangrado intraoperatorio (mL)	194,6	210	0,98

El cierre por vía vaginal tuvo una media de tiempo quirúrgico inferior que el cierre laparoscópico, así como un porcentaje ligeramente superior de complicaciones posoperatorias, sin representar diferencias significativas en ambos casos (tabla 4).

Tabla 4. Relación entre tiempo quirúrgico, complicaciones posoperatorias y tipo de cierre de la cúpula vaginal

Variable	Tipo de cierre de la cúpula vaginal		p
	Tipo III	Tipo IV	
Tiempo quirúrgico (minutos)	117,7	131,7	0,344
Complicaciones posoperatorias (%)	7,4	6,3	0,817

DISCUSIÓN

Nuestros resultados son similares a los obtenidos por la mayoría de los autores consultados que informan el fibroma uterino como diagnóstico preoperatorio más frecuente, aunque sus porcentajes son más bajos, como *Argüello*,¹⁰ *Portugal*¹¹ y *Ayala*¹² con cifras de 50 %, 55,1 % y 58,6 % respectivamente. El promedio de peso uterino fue ligeramente superior al informado por *Faife*² y *Ayala*,¹² con 213,5 g y 222,7 g, respectivamente. El tiempo quirúrgico promedio para las pacientes intervenidas fue similar a *Morgan*,¹³ *López*¹⁴ y *Faife*² que informaron 123, 121,5 y 129,5 minutos respectivamente. Varios estudios sugieren que la histerectomía laparoscópica es un proceder donde difícilmente puede predecirse la duración de la operación. Estos mismos autores plantean que se puede estimar el tiempo de duración del proceder a partir del conocimiento previo del peso y tamaño del útero. Otro factor que parece incidir es la exposición del campo quirúrgico. El tiempo quirúrgico disminuye a medida que la exposición es mayor, lo que coincide con otros reportes.¹⁵

La media de sangrado intraoperatorio similar a la de *Faife*² (200 mL) fue superior a la encontrada por *Morgan*¹³ y *Aragón*,¹⁶ que hallaron medias de 151 y 161,7 mL respectivamente. En nuestra investigación predominó el cierre por vía vaginal sobre la vía laparoscópica, contrario a *López*,¹⁴ que realizó el cierre de la cúpula vaginal por vía laparoscópica en 93,9 % de sus pacientes. Hallamos que el cierre vaginal es más rápido y fácil de realizar que por vía laparoscópica.

Presentamos una baja incidencia de accidentes quirúrgicos, similar a *Aragón*¹⁶ que encontró 7,06 % de los mismos. Encontramos una baja prevalencia de complicaciones posoperatorias, superior a los resultados obtenidos por *Aragón*¹⁶ y *Gilbert*¹⁷ que presentaron 4,8 % y 3,6 % de complicaciones respectivamente. Somos del criterio que con los métodos y detalles técnicos para evitar y minimizar el riesgo de lesiones propias del proceder laparoscópico (trócares y neumoperitoneo), éstas no deben producirse. Las complicaciones relacionadas con la histerectomía (sangrado y lesión de órganos) aumentan en correspondencia con la complejidad técnica de las operaciones y sobre todo en úteros grandes, adherencias, y disminuyen con una elección adecuada de los pacientes, una técnica cuidadosa y a medida que se incrementa la experiencia del cirujano.

Hallamos un índice de conversión superior al de varios autores, cítese a *Faife*² y *Portugal*¹¹ que hallaron índices de 2,66 y 3,8 %, respectivamente. Lo más importante al lesionar un órgano es su diagnóstico transoperatorio y poder solucionarlo en el mismo acto quirúrgico. Si no es posible hacerlo por mínimo acceso, la conversión no es un fracaso sino una manera inteligente de resolver un problema quirúrgico grave.

No hallamos influencia del peso uterino en la aparición de complicaciones posoperatorias, a pesar que el promedio de peso uterino de las pacientes que se complicaron fue ligeramente superior que las que tuvieron buena evolución posoperatoria, por lo que consideramos que éste parámetro se relacionó más con el índice de conversión que con la presencia de complicaciones. El tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio y tipo de cierre de la cúpula vaginal no influyó en la presencia de complicaciones posoperatorias. En ambos grupos de pacientes el tiempo quirúrgico fue corto y la cuantía de sangrado intraoperatorio fue baja.

El tipo de cierre de la cúpula vaginal no influye en la evolución de las operadas siempre que éste sea realizado con una técnica cuidadosa, independientemente de la vía que se utilice. El tipo de cierre de la cúpula no influyó significativamente en el tiempo quirúrgico. A pesar de observarse una disminución leve del tiempo quirúrgico con el cierre vaginal, se ha expuesto que el cierre laparoscópico no prolonga el acto operatorio, sino que esto depende de la experiencia del cirujano que lo realiza.

La histerectomía laparoscópica es una alternativa eficaz y segura para pacientes con enfermedades uterinas benignas, donde el tiempo quirúrgico es aceptable, las pérdidas hemáticas intraoperatorias son mínimas y las complicaciones posoperatorias son poco frecuentes, lo que disminuye la estadía hospitalaria. Condiciones como el peso uterino, el tiempo quirúrgico, el sangrado intraoperatorio o el tipo de cierre de la cúpula vaginal no influyen en la aparición de complicaciones posoperatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Abordaje quirúrgico de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas. Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group. 2010.
2. Faife B. Criterios clínicos de indicación de la histerectomía laparoscópica. Cirugía basada en evidencias científicas [Tesis de Doctorado]. La Habana; 2005.
3. Bernal RA, Magaña MV, Nava PV, Buen-Abad EI. Técnica para histerectomía laparoscópica de útero grande con morcelación vaginal para mantener la invasión mínima. *Ginecol Obstet Mex*. 2012;80(12):769-71.
4. Carvajal PM, Pineda E, Martí C. Evisceración vaginal posthisterectomía vaginal. A propósito de un caso. *Revista Vitae. Academia Biomédica Digital. Universidad Central de Venezuela*. 2013;44.
5. García N, Leyba JL, Navarrete S. Histerectomía laparoscópica tipo IV (Servicio Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas). *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2011;71(1):39-44.
6. Guerra S, Marín JM, Cuesta MC, Martínez-Etayo M, Arina R, Lete I. Resultados de 1.000 cirugías ginecológicas laparoscópicas sucesivas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2013;56(1):4-8.
7. Lasa IL. La histerectomía laparoscópica: un abordaje posible. Estudio retrospectivo de las histerectomías laparoscópicas realizadas en un hospital público. *Progresos de obstetricia y ginecología*. 2008;51(11):649-55.
8. Lobato JL, Andía D, Garay G, López-Valverde M. Lesiones del tracto urinario en cirugía ginecológica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2011;38(3):100-3.

9. Ríos JDI, et al. Histerectomía laparoscópica total en la unidad de endoscopia ginecológica de la Clínica del Prado, Medellín (Colombia) 2002-2008. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60(4):320-7.
10. Argüello-Argüello R. Complicaciones en 748 histerectomías por laparoscopia utilizando un manipulador uterino con resaltador vaginal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2012;63(3):252-8.
11. Miguel Portugal E, Antoni A, Condori E, Dueñas D. Experiencia en la utilización de tres trócares y un manipulador uterino adaptado, en la histerectomía total laparoscópica. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:294-300.
12. Ayala-Yáñez R, Briones-Landa C, Anaya-Coeto H, Leroy-López L, Zavaleta-Salazar R. Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(11):605-11.
13. Morgan F, et al. Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 87 casos. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(9):520-5.
14. López MA, Morgan F. Enseñanza de la histerectomía total laparoscópica en un diplomado universitario de laparoscopia ginecológica. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(9):547-52.
15. Recari E, Oroz L, Lara J. Complicaciones de la cirugía ginecológica. An Sist Sanit Navar. 2009;32(1):65-79.
16. Aragón J, et al. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y meta-análisis. Rev Cubana Cir. 2011;50(1).
17. Gilabert J, Payá V, Ródenas J, Costa S, Coloma F, Aliaga R, et al. Histerectomía total laparoscópica. Evolución de la técnica y comparación de resultados en 2 períodos. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011;54(3):109-14.

Recibido: 24 de abril de 2014.

Aprobado: 25 de mayo de 2014.

Raysy Sardiñas Ponce. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeras". La Habana, Cuba. Correo electrónico: raysyponce@infomed.sld.cu