

## Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. A propósito de 300 casos

### Vaginal hysterectomy in non-prolapsed uteri. Apropos of 300 cases

Miguel Emilio García Rodríguez<sup>1</sup>; Ramón Ezequiel Romero Sánchez<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Aspirante a Dr. en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de Cirugía. Hospital General Universitario "Martín Chang Puga". Nuevitas, Camagüey, Cuba.

<sup>11</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grado en Cirugía General. Profesor Titular de Cirugía. Hospital Provincial Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.

---

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con 300 pacientes operadas de histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en el servicio de Cirugía general del hospital "Martín Chang Puga" de Nuevitas durante un trienio. El promedio de edad fue de 42 años, con una desviación estándar de 6,11. La paciente de menor edad tenía 32 años y la mayor 75 años. La principal indicación quirúrgica fue el fibroma uterino (79,66 %), seguida del sangramiento uterino anormal (SUA). La mayoría (280) de los casos utilizaron profilaxis antibiótica. Existió un 24 % de complicaciones, predominando las complicaciones infecciosas. La media de estadía hospitalaria postoperatoria fue de 24 horas. El tiempo quirúrgico medio fue de  $34,1 \pm 7,61$ .

**Palabras clave:** Histerectomía vaginal, fibroma uterino, complicaciones, estadía.

---

#### ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was conducted among 300 female patients that underwent vaginal hysterectomy in non-prolapsed uteri at the general surgery service of "Martín Chang Puga" Hospital, in Nuevitas, for 3 years. The average age was 42 years old, with a standard deviation of 6.11. The youngest patient was 32 years old and the oldest was 75 years old. The main surgical indication was uterine fibroma (79.66 %), followed by abnormal uterine bleeding (AUB). Most of the cases

(280) used antibiotic prophylaxis. Complications accounted for 24 %, with a predominance of infectious complications. The mean hospital postoperative stay was  $34.1 \pm 7.61$ .

**Key words:** Vaginal hysterectomy, uterine fibroma, complications, hospital stay.

---

## INTRODUCCIÓN

En un discurso presidencial ante la Chicago Medical Society se dijo: "casi todos los progresos en medicina y cirugía que caracterizan a nuestra época actual son sólo una repetición del trabajo de nuestros precursores profesionales".<sup>1</sup> Muchas de las llamadas operaciones modernas son únicamente versiones recientes y no siempre mejoradas, de las técnicas operatorias ideadas y descritas por alguno de los viejos maestros, estas observaciones se aplican especialmente a la histerectomía vaginal.<sup>2</sup>

Existen trabajos donde se afirma que las indicaciones de una histerectomía vaginal se superponen a las de una histerectomía abdominal.<sup>3,4</sup>

*Soranus*<sup>5,6</sup> obstetra griego, fue el primero en Roma durante el siglo II después de Cristo en idear y ejecutar la histerectomía vaginal para el prolapso uterino, luego al pasar el tiempo y llegar 1915 es cuando *Heaney*<sup>7</sup> refina este proceder e implanta una de las técnicas más utilizadas actualmente.

*Barter*,<sup>8</sup> plantea que más del 50 % de las histerectomías se pueden practicar por vía vaginal, mientras estudios internacionales recientes señalan además del prolapso, a los fibromas, hemorragias y demás patologías ginecológicas benignas como indicaciones.<sup>9,10</sup>

Varias publicaciones,<sup>3,8-10</sup> resaltan este proceder de elección en manos de cirujanos entrenados por ser menor: el tiempo quirúrgico, el número de complicaciones, el uso de antimicrobianos y la morbimortalidad, por lo que deben considerarse sus riesgos como intervención y no privar a ninguna mujer de todos sus beneficios.

Basados en lo anteriormente planteado es que se decide hacer un estudio durante los primeros cuatro años aplicando la técnica de la histerectomía vaginal en úteros no prolapsados con el objetivo de evaluar la eficacia en el servicio de cirugía del Hospital General Docente "Martín Chang Puga" de Nuevitas como parte de una investigación que culmina con la realización de una tesis doctoral.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con 300 pacientes a las cuales se les realizó histerectomía vaginal en úteros no prolapsados según la técnica de *Heaney* en el servicio de Cirugía general del hospital "Martín Chang Puga" de Nuevitas durante el trienio 1994-1997. La fuente primaria de la investigación fueron los expedientes clínicos de los casos a estudiar y la información fue plasmada en un formulario creado al efecto. Los datos recogidos se procesaron en una

microcomputadora mediante el programa SPSS 10 sobre Windows, se utilizaron distribuciones de frecuencias y test de hipótesis de proporciones. Los resultados se expusieron en tablas usando como medidas estadísticas: porcentos, probabilidades y estadígrafos.

## RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se reflejan los grupos de edades de las pacientes estudiadas, se observó un predominio del grupo de 41 a 50 años con un 97,3 % ( $p < 0,01$ ), seguido del de 32 a 40 años (36,00 %), para así conformar casi un por ciento acumulativo de 98,3 %.

Las indicaciones de la histerectomía vaginal se muestran en la [tabla 2](#), la principal indicación fue el fibroma uterino (FU) (79,66 %), seguido del Sangramiento Uterino Anormal (SUA) (9,33 %), resultados altamente significativos ( $p < 0,01$ ).

La [tabla 3](#) resume el uso de antimicrobianos y su finalidad, se observa que en el 80,00 % (240 pacientes) se usaron antimicrobianos cuya finalidad fue profiláctica en el 78,00 % ( $p = 0,01$ ).

Las complicaciones de la técnica se muestran en la [tabla 4](#), la gran mayoría de los casos no se complicaron (92,6) y de los 22 pacientes complicados, 14 (63,6 %) presentaron complicaciones infecciosas (infección urinaria y abscesos de la cúpula vaginal). ( $p < 0,5$ )

La estadía media fue de 24 horas, con una diferencia de  $\pm 2,54$  días, la menor estadía fue de 24 h y la más prolongada de 72 h, lo que reportó un ahorro importante en recursos ([tabla 5](#)).

El tiempo quirúrgico medio fue de 34,1 minutos con una desviación estándar de 7,61. El menor tiempo quirúrgico 20 minutos y el máximo 60 minutos ([tabla 6](#)).

## DISCUSIÓN

El grupo de edad que predominó fue el de 41 a 50 años, resultados que concuerdan con los encontrados por *Soares*<sup>10</sup> y discrepan con el de otros investigadores;<sup>9,11-13</sup> esto tiene relación con el diagnóstico operatorio ya que a esta edad son más frecuentes los fibromas y los sangramientos uterinos anormales, patologías que representaron un gran porcentaje en nuestra serie.

La indicación quirúrgica más frecuente fue el fibroma uterino, resultados similares fueron hallados por *Soares* en su investigación.<sup>10</sup> Es importante señalar que los casos operados con diagnóstico de carcinoma endometrial fueron pacientes diagnosticadas en etapa I y con comorbilidades importantes, lo que coincide con las indicaciones de otros autores.<sup>9,12</sup>

La incidencia de complicaciones infecciosas luego de una histerectomía varía con el abceso operatorio (abdominal en comparación con el vaginal). Los abscesos de cúpula y la infección de la herida son los más frecuentes en la vía abdominal. Múltiples trabajos señalan en la vía vaginal a las complicaciones sépticas como las

más encontradas, encabezadas estas por el absceso de cúpula, enunciado que concuerda con el encontrado en esta investigación.<sup>14-17</sup>

A pesar de la naturaleza polimicrobiana de las infecciones del aparato genital y la importancia de los patógenos anaerobios en estas infecciones, los regímenes de antimicrobianos profilácticos han resultado eficaces en la disminución de la incidencia de complicaciones infecciosas postoperatorias en la cirugía vaginal.<sup>15</sup> En este trabajo el antimicrobiano utilizado en la profilaxis fue la Cefazolina Sódica.

Varias publicaciones coinciden con los resultados obtenidos en cuanto a estadía, costos y tiempo quirúrgico, señalan que con la técnica vaginal se reporta un ahorro considerable de recursos.<sup>10, 12,17</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amirikia H, Evans T N. Ten year review of hysterectomies: Trends, indications and risk. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;134:431-7.
2. Cole P, Berlin J. Elective hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;129:117-23.
3. Dirb E, Reyes FS. Sobre indicación y diagnóstico operatorio de la histerectomía. *Am J Obstet Ginecol.* 1980;6(1):19.
4. Dicber RC. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;4:891-5.
5. Mattingly FR. Ginecología operatoria: Histerectomía abdominal total en enfermedades benignas. 5ta. ed. EDAMEX: México.1980.
6. Senn N. The early history of vaginal hysterectomy. *JAMA.* 1995;25:476-82.
7. Heaney NS. Report of 565 vaginal hysterectomies performed for benign pelvic disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1934;28:751-5.
8. Barter RH. Histerectomía vaginal. *Clin Obstet Ginecol.* 1982;4:901.
9. Kalogirou A, Antoniou G, Karakitsos P, Zioris C, Salampasis C. Comparison of abdominal and vaginal hysterectomy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1996;23(3):161-7.
10. Soares Ld, Simes PM, Macedo SF. Histerectomia vaginal en pacientes no portadoras de prolapso do utero: estudo 370 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995;17(10):1011-9.
11. Montelleone AP, Podgaec S, Conti CS, Ramos L, Pinotti AR. Tratamiento do prolapso pela histerectomía vaginal. *Rev Ginecol Obstet.* 1994;5(4):233-7.
12. Redwine DB. Laparoscopic Hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy in a community hospital. *Am J Assoc Gynecol Laparosc.* 1995;2(3):305-10.
13. Mazdisnian F, Kurzel RB, Coe S, Bosuk M, Montz F. Vaginal hysterectomy by uterine morcellation: an efficient, non-morbid procedure. *Obstet Gynecol.* 1995;86(1):60-4.

14. Miranda RC, Freitas MN. Histerectomias vaginais. Rev Bras Ginecol Obstet.1996;18(2):161-4.
15. Adler GA, Bell RD, Bellet ER, Bergquist JE, Burke FJ, Chatzinoff M, et al. Consulta preoperatoria. Clin Quir Norteam.1987:362.
16. Weitzel HK, Jaluvka V, Opri F. A contribution to gynecologic geriatric surgery. Geburtshilfe-Frauenheilkd. 1995;55(2):73-6.
17. Mahmoodian S. Vaginal hysterectomy: the use of self-retaining retractor. J Okla State Med Assoc. 1994;87(9):419-23.

Recibido: 11 de octubre de 2007.  
Aprobado: 13 de diciembre de 2007.

Dr. *Miguel Emilio García Rodríguez*. E-mail: [grmiguel@finlay.cmw.sld.cu](mailto:grmiguel@finlay.cmw.sld.cu)

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

Grupo de edades (años)	Frecuencia	%	Frecuencia acumulativa	% Acumulativo
31-40	108	36	108	36
41-50	184*	61,3	292	97,3
51-60	3	1	3	98,3
60 y más	5	1,7	300	100
Total	300	100		

Fuente: Formularios.

\*P=1,421E-19.

**Tabla 2.** Indicaciones de la histerectomía vaginal

Indicaciones	Frecuencia	%
Fibroma uterino	239*	79,66
SUA	28	9,33
Hiperplasia quística endometrial	21	7
NIC III	6	2
Carcinoma de endometrio	6	2
Total	300	100

Fuente: Formularios. \*P=7,296E-14.

**Tabla 3.** Uso de antimicrobianos y su finalidad

Uso y finalidad		Frecuencia	%
Uso	Sí	240	80,00
	No	60	20,00
	Total	300	100,00
Finalidad	Profiláctico	236*	78,00
	Terapéutico	4	22,00
	Total	240	100,00

Fuente: Formularios. \*P=0,0159.

**Tabla 4.** Complicaciones

Complicaciones	Frecuencia	%
Sin complicaciones	278*	92,6
Con complicaciones	22**	7,4
Total	300	100

Fuente: Formularios. \*P=0,3251.

\*\*Nota aclaratoria: de estas 22 complicaciones, 8 fueron hematoma de la cúpula vaginal, 4 infecciones urinarias y 10 abscesos de cúpula.

**Tabla 5.** Estadía

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Estadía (horas)	24	8,5	24	72

Fuente: Formularios.

**Tabla 6.** Tiempo quirúrgico

N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
300	20,00	60,00	34,1000	7,6191

Fuente: Formulario