

## **Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal)**

### **Comments and reflections about Simple abdominal hysterectomy (total vs subtotal)**

**Nelson Jesús Rodríguez Hidalgo<sup>I</sup>; Venancio Vera Fernández<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Doctor en Ciencias. Especialista de II grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. Investigador de mérito. Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de I grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro. La Habana, Cuba.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Según parece, el útero solo resulta útil para la procreación, por lo cual se puede prescindir de él cuando ya se han tenido los hijos deseados y existe una afección de base que lo justifique. Como la mayor parte de las afecciones que presenta este órgano aparecen después de la etapa reproductiva, en muchos casos no constituye un problema decidir su extirpación.

Cuando la mujer está en edad reproductiva, no tiene hijos pero los desea, la decisión de la histerectomía debe ser analizada de una forma particular, y solo se indicará sin dudarle cuando la permanencia del útero ponga en riesgo la vida de la mujer. La miomectomía es una posibilidad aplicable aunque con serio análisis de cada caso en particular.

Aún en los tiempos actuales, en que los progresos de la anestesia, la hemotransfusión, la antibioticoterapia y otros, han disminuido mucho los riesgos operatorios, la histerectomía es una operación mayor, con morbilidad y riesgos de lesión de otros órganos íntimamente relacionados con el útero; por lo tanto, como toda cirugía, solo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria. Hay un detalle muy importante en este sentido. El cuerpo uterino está flotando libre en el abdomen, sostenido por el cuello y ligamentos muy bien definidos, delimitados, y recibe sangre por cuatro vasos con una poca alterada ubicación anatómica; esto

hace que su exéresis no sea (generalmente) muy compleja. En cambio, el cuello uterino es el mástil del soporte del piso pélvico y a él se fijan íntimamente los principales ligamentos de la pelvis (cardinales, úterosacros y pilares) y se adosan la vejiga y el recto. Los uréteres, en su trayecto hacia la vejiga lo rodean a muy corta distancia. Toda esta zona tiene gran irrigación, por lo cual la resección del cuello uterino es mucho más compleja, riesgosa (de sangrado y de lesión de uréteres, vejiga y recto) e implica mayor complejidad y tiempo quirúrgico para lograrla, pero además deja un piso pélvico muy debilitado (pierde su mástil).

Si recordamos la principal regla de la cirugía: **La operación mejor o ideal es la más sencilla de las que resuelvan adecuadamente el problema existente**, comprenderemos que solo debe realizarse una histerectomía total cuando exista una indicación precisa de extirpar el cuello uterino (por proceso maligno o quizás en algunas infecciones importantes). La preparación y el estudio adecuado y cuidadoso de todo caso que requiera cirugía es otro principio inviolable.

La ooforectomía bilateral complementaria solo se realiza cuando la edad indica que debe haber cesado la función ovárica, o cuando existen ovarios anormales, salvo alguna indicación excepcional como la endometriosis. En el cáncer endometrial es muy poco frecuente que existan ovarios normales, pero deben ser extirpados siempre.

Por el hecho de que la histerectomía total ponga en contacto el abdomen con la vagina, es considerada una operación limpia-contaminada, con mayor riesgo de infección que la histerectomía subtotal que la que no abre la vagina.

Se ha señalado que hay mayor incidencia de infecciones o al menos de fiebre en el posoperatorio, si la cirugía se practica en el período menstrual, y es mejor la cicatrización cuando hay estrógenos; por esto tratamos de realizar las histerectomías en el período posmenstrual inmediato.

En la actualidad, la valoración ultrasonográfica del útero antes de una histerectomía es siempre importante, y mucho más si existen trastornos menstruales, edad avanzada u otras alteraciones. Con esta se decidiría la necesidad de algún otro estudio, como la biopsia endometrial. Los síntomas urinarios, presentes muchas veces en el posoperatorio de la histerectomía, son mucho más frecuentes en las mujeres que ya tenían algunos de estos síntomas en el preoperatorio, como nicturia, disuria, incontinencia de esfuerzo, urgencia y otros.

### **Variantes de la histerectomía abdominal simple según su extensión**

La histerectomía abdominal simple puede ser total o subtotal, siempre y cuando la indicación sea punto de partida de una afección del cuerpo uterino y no del cuello, y se haya descartado por completo la posibilidad de que exista un cáncer o incluso la presencia del virus causante de las afecciones malignas del cérvix, o sea el papiloma virus humano (HPV). El cáncer del cuello uterino es el primero del cual se demuestra un agente etiológico, que puede ser evitado, diagnosticado con sencillez (con una citología orgánica y una colposcopia) y tratado en su etapa inicial, con lo cual se logra la curación en el 100 % de los casos. Además, ya existe la posibilidad de evitar las lesiones malignas vacunando a las niñas antes de que puedan entrar en contacto con el virus.

La histerectomía total implica la resección del cuello uterino.

La histerectomía subtotal tiene sus ventajas y desventajas sobre la total.

Ventajas:

1. Técnica más fácil, sencilla, rápida y segura.
2. Menor riesgo de de lesiones de uréteres, vejiga y recto.
3. Menor riesgo de complicaciones sépticas.
  - Subtotal: limpia (salvo que exista infección intrauterina).
  - Total: limpia-contaminada.
4. No se afecta ni se acorta la vagina. No granulomas en el posoperatorio.
5. Se mantiene la secreción mucosa del cuello uterino.
6. Más estabilidad pélvica y menor incidencia de prolapsos poshisterectomía.
7. Más rápida.
8. Requiere de menor campo quirúrgico.
9. Menos sangrado.

Desventajas:

1. Posibilidad de aparición de lesiones malignas en el cuello residual (posibilidad de 1 % de patología de cuello en los primeros 10 años poshisterectomía). Estas lesiones pueden ser diagnosticadas tempranamente y tratadas por vía vaginal. En un futuro, con la aplicación de vacunas se espera que no aparezcan estas lesiones.
2. Mayor dificultad para el drenaje de sangre y secreciones (¿por qué debe quedar sangrado si el cuello puede ser suturado con más facilidad?).
3. Pueden presentarse infecciones cervicales y leucorreas crónicas.
4. En caso de infección, la porción cervical del útero quedaría potencialmente séptica.

La indicación más frecuente de histerectomía es por fibroma uterino. Un fibroma (mioma) uterino se opera cuando sus síntomas así lo sugieren, bien por producir sangrado abundante que lleve a la anemia, dolor abdominal y pelviano por compresión o cuando aparece alguna complicación de él. Ante miomas pequeños y asintomáticos en pacientes próximas a la menopausia, somos partidarios de la conducta expectante, pues al cesar la función ovárica pueden disminuir de tamaño y mantenerse asintomáticos por el resto de la vida. La mejor forma de evitar complicaciones operatorias es no realizar la operación.

La malignización de los fibromas es excepcional; se plantea que los leiomiomas son malignos desde el inicio y no fibromas malignizados.

Después de toda histerectomía es importante abrir el útero al fijarlo en formol, para garantizar que no se altere el endometrio.

Siempre que piense en todos los detalles aquí planteados, podrá decidir lo adecuado. De todas formas la decisión quirúrgica puede tomarse en cualquier momento, así que no lo haga nunca anticipadamente.

### **Comentarios anatomoquirúrgicos al extirpar el útero**

El útero ocupa el centro de la pelvis en la mujer que ha sido colocada en posición correcta para practicarle una laparotomía ginecológica y a la cual se le han rechazado las asas intestinales. Su fondo tiene un eje mayor transversal y se adelgaza a cada lado a nivel de los cuernos uterinos, los que se continúan con las trompas de Falopio, que se dirigen ligeramente hacia atrás por sobre el ovario, con el que hacen contacto las franjas del pabellón o fimbrias. Consta de dos partes, el cuerpo y el cuello; en el útero normal, el cuerpo es dos veces más largo que el cuello, aunque pueden alterarse las relaciones según la afección que se presente.

Un poco por delante de los cuernos se aprecia un saliente alargado, los ligamentos redondos, que se distinguen mejor al traccionar del útero, pues se ponen tensos, y se dirigen oblicuamente hacia fuera y delante en busca del orificio interno del conducto inguinal.

Todo el fondo uterino está íntimamente cubierto por el peritoneo, que proveniente de la pared abdominal, se refleja en la pelvis sobre la vejiga y alcanza el cuerpo uterino al cual recubre completamente en sus caras anterior y posterior. Lateralmente el peritoneo recubre el ligamento redondo, se refleja para recubrir la trompa, desciende por detrás de ella hasta la pared pelviana y forma el ligamento ancho, el cual no es más que un doble repliegue peritoneal.

Por delante del útero, entre su cara anterior y el pubis, existe una gran depresión cóncava recubierta por peritoneo, cuyo fondo es la vejiga, la que debe permanecer completamente vacía para que se mantenga esta depresión. Este es el fundamento de mantener una sonda abierta y fija en la vejiga, en el curso de las operaciones ginecológicas por vía abdominal.

La tracción hacia arriba del peritoneo supravesical permite identificar la plica vesicouterina-el peritoneo uterino inmóvil porque es fijo- la cual también se delimita perfectamente si se llena la vejiga. Antes de comenzar a operar el útero, revise toda la pelvis, y el fondo de saco de Douglas.

La cara posterior del útero se continúa hacia los lados con el ligamento ancho, y ambos forman la parte anterior de una cavidad muy profunda, el fondo de saco de Douglas, que no es más que el repliegue posterior del peritoneo pelviano que recubre el cuerpo y el cuello uterinos y se refleja sobre el recto, en lo más profundo de la cavidad pelviana. La tracción del fondo uterino permite ver perfectamente la porción de vagina recubierta por peritoneo en el fondo de saco de Douglas y que desde el punto de vista quirúrgico es importante si fuese necesario reseca vagina o colocar drenajes del Douglas al fondo de saco vaginal posterior. Para visualizar bien los ligamentos uterosacros también debemos tirar el útero con fuerza.

Por detrás el útero está separado del recto por el amplio fondo de saco de Douglas en el que resaltan solo dos estructuras fibrosas muy resistentes, los ligamentos úterosacros, que se dirigen hacia atrás desde el cuello uterino, rodean las caras

laterales del recto hasta el sacro y forman la armazón de los repliegues de Douglas. Estos ligamentos son responsables de oponerse a los cambios de posición del cuello uterino, se identifican perfectamente al mirar la pelvis desde arriba y se pronuncian al traccionar el fondo uterino.

Por los detalles anatómicos antes reflejados podemos inferir que la extirpación del cuerpo uterino solo es una técnica sencilla y con pocas posibilidades de complicaciones, pues tendríamos que ligar las ramas ascendentes de las arterias uterinas, a nivel del límite con el cuello y las ramas que penetran en el cuerpo procedentes de las arterias ováricas, que lo hacen a nivel de los ligamentos uteroováricos. Para la histerectomía subtotal no hay que diseccionar la vejiga del útero, sino abrir el reborde peritoneal superior de esta.

En la histerectomía total hay que separar la vejiga del útero y si no se consigue entrar por el plano correcto se producirá sangramiento de la vagina o de la vejiga, y puede lesionarse esta última.

Por delante, el útero se fija a la vejiga por el tercio inferior de su cara anterior, el tabique supravaginal. Se halla separado de esta por un tejido celular laxo que se deja decolar con facilidad cuando se tracciona con el peritoneo, salvo en pequeñas zonas laterales, los llamados pilares vesicales, los que tampoco son muy resistentes. A los lados está fijo por los ligamentos anchos, amplios repliegues peritoneales muy elásticos y poco resistentes, excepto en la parte superior, donde se encuentran la trompa y la raíz del ligamento redondo, que es donde tienen mayor resistencia. Los otros elementos que le sirven de fijación a los ligamentos anchos, son los vasos que corren entre sus hojas y que irrigan el útero y sus anejos, de donde salen las ramas uterinas de las arterias ováricas. La vagina se inserta circularmente en el cuello uterino y lo fija con solidez al suelo pelviano, por debajo. Liberar el cuello de esta zona puede resultar complejo y sangrante.

Repetiremos los detalles de la irrigación de los anejos y el útero por su importancia. El útero está irrigado por la arteria ovárica, rama directa de la aorta, que a la altura de la articulación sacroilíaca penetra el ligamento ancho y forma un repliegue conocido como ligamento infundibulopélvico, bien apreciable cuando se pone tenso el ligamento ancho al traccionarlo con el útero hacia arriba y delante. Dicha arteria corre por este repliegue del ligamento ancho dando algunas ramas al ovario y se dirige al cuerno uterino donde se anastomosa con las flexuosas ramas de la arteria uterina. Esta arteria, nacida de la hipogástrica o ilíaca interna, corre oblicuamente hacia la base del ligamento ancho, por delante del uréter-al que acompaña por espacio de algunos cm antes de cruzarlo por delante y encima- y se dirige a la parte lateral del cuello uterino donde atraviesa un tejido celular muy denso que la fija al borde uterino junto con las venas uterinas de igual nombre. Las arterias ováricas y las uterinas, como todo vaso importante, se deben ligar dos veces, con una separación de 2 ó 3 mm entre las ligaduras, pues si se desliza puede producir un sangramiento mortal.

La arteria uterina, de unos 3 mm de diámetro, es blanquecina y muy flexuosa. Es el vaso más importante en las operaciones sobre el útero. En el sitio donde cruza el uréter -a unos 2 cm del cuello uterino- comienza a ramificarse y da las arterias vaginales y cervicales, después corre paralela al borde del útero, al que da ramas, pero no lo penetra y continúa hasta anastomosarse con la arteria ovárica. Este detalle es de gran interés en las operaciones sobre el útero.

El uréter es cruzado por la arteria uterina, a solo 2 cm del borde inferior del útero. No lo olvide jamás. La disección de esta zona es verdaderamente compleja y peligrosa.

La vagina está irrigada por la rama vaginal de la arteria uterina y por la arteria vaginal. En ocasiones la arteria vaginal sale directamente de la hipogástrica y en otras de la aorta, corre paralelamente a la uterina hasta su entrecruzamiento con el uréter y después penetra en dirección a la vagina, a la que irriga en sus dos tercios superiores a la vez que da una rama vesical. El tercio inferior de la vagina es irrigado por la arteria hemorroidal media. La porción superior resulta irrigada también por la rama vaginal de la arteria uterina. Esta compleja zona quirúrgica no se aborda cuando la histerectomía que se realiza es subtotal. No olvide esto: los pedículos uterinos y ováricos líquelos dos veces.

En resumen, desde el punto de vista quirúrgico, el útero con sus anejos tiene solo seis pedículos arteriales: los ováricos, que pueden ser ligados en su recorrido por el ligamento infundibulopélvico o en la zona próxima al cuerno antes de anastomosarse con la arteria uterina, sitio correcto para la ligadura cuando se desean conservar los anejos, los uterinos, situados a cada lado del cuello uterino y bordeando el útero, que pueden ser pinzados y ligados con más facilidad en la zona de unión del cuello por el cuerpo uterino; y dos pequeños pedículos constituidos por la arteria del ligamento redondo, de muy poco grosor. La rama vaginal de la arteria uterina y las ramas superiores de la vaginal, sí deben considerarse como un pedículo a ligar en la zona de los ligamentos cardinales, pero no se alcanzan en la subtotal.

Los ligamentos cardinales, denominados también retináculos laterales o ligamentos de Mackenrodt van a insertarse desde el istmo uterino a las paredes laterales de la pelvis, y están constituidos por un grupo de fibras muy resistentes. A este mismo nivel salen en dirección anterior dos pequeños ligamentos que fijan la vejiga al útero y que son los pilares de la vejiga. Estos tejidos fibrosos y sangrantes tampoco se manipulan en la técnica subtotal.

Los tres pares de ligamentos que salen del istmo uterino y lo fijan a la vejiga, al recto y a la pared pélvica, forman unos espacios separados por una fina adventicia, en los que no siempre resulta fácil la disección. Estos espacios son: los paravesicales, los parauterinos o parametrios y los pararrectales o paraproctios. El parametrio es la continuación del ligamento ancho y por la hoja posterior de este corre el uréter en su camino hacia la excavación pelviana en dirección a la vejiga. En dicha hoja se cruza el uréter con la arteria uterina. Es muy importante conocer la anatomía de esta zona para poder ligar la arteria uterina sin dañar el uréter.

En la histerectomía subtotal, al no tener que realizar la disección de los espacios paravesicales, parauterinos y pararrectales hay mucho menor sangrado y menos complicaciones.

El uréter abdominal al acercarse a la pelvis puede ser localizado fácilmente por sus relaciones con los vasos ilíacos, a los que cruza en la zona de bifurcación de la ílica primitiva en interna o hipogástrica y externa (con alguna pequeña diferencia en altura entre el lado izquierdo y el derecho). Este sitio puede servirnos como punto inicial de referencia. Después de cruzar los vasos ilíacos el uréter corta la línea innominada hacia la pelvis, por delante y adentro de la arteria hipogástrica, comenzando aquí a nombrarse uréter pelviano. A partir de este momento posee una vaina conjuntiva propia, considerada como una continuación directa del pilar rectouterino. En su curso hacia la vejiga, el uréter pasa primero dentro del pilar

rectal, después por el ligamento de Mackenrodt y finalmente por el ligamento vesicouterino.

Con respecto al uréter, otros detalles de interés son:

1. No pasa en ningún momento a menos de 15 mm del útero. Donde más cerca queda (a 15 mm) es en el sitio donde se cruza con la arteria uterina (su porción más próxima al istmo) y en el punto donde va a formar el trígono vesical, en que su límite posterior queda también a 15 mm del labio anterior del cuello uterino.
2. Está situado en un tejido celular muy laxo y, por lo tanto, fácil de disecar para separarlo.
3. Se encuentran fijos a la vejiga, y esta al pubis, por lo cual cuando se trata de separar la vejiga del útero, este puede ser movilizad sin que lo acompañe el uréter en su movimiento.

En la histerectomía abdominal evite dañar el uréter procediendo de la forma siguiente:

1. Realice tracción hacia arriba del útero para que el uréter, fijo a la vejiga y al pubis, no pueda seguir al útero en su movimiento, sino que se deslice hacia abajo, pierda los contactos con el cuello uterino y pase a relacionarse con las paredes laterales de la vagina. Cuanto más se eleva el útero más se alejarán los uréteres, por lo tanto traccínelo y realice la ligadura bien próxima al cuello uterino.
2. Al entrar en la pelvis, el uréter se dirige hacia la base del ligamento ancho y cursa aplicado contra la cara externa de la hoja peritoneal que constituye a este nivel la pared lateral del fondo de saco de Douglas. Por lo tanto, abra el peritoneo posterior del útero y desplácelo hacia abajo y adentro a ambos lados, a nivel de los ligamentos uterosacros, para alejar el uréter del área operatoria.

De acuerdo con el tipo de histerectomía (subtotal, o total), se realizará a distinto nivel la ligadura de la arteria uterina; la ligadura más alejada del útero implicará mayor riesgo de lesión ureteral.

Piense mucho en este detalle: la histerectomía subtotal es mucho más sencilla, segura y tiene muchas menos complicaciones y mejor recuperación que la total. ¿Por qué no preferirla siempre que sea posible? Es mejor para los cirujanos y para las pacientes.

Recibido: 25 de abril de 2009.  
Aprobado: 7 de mayo de 2009.

Dr. C *Nelson Jesús Rodríguez Hidalgo*. Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro. Calle 21 y 4. Vedado. La Habana, Cuba. E-mail: [nelson@infomed.sld.cu](mailto:nelson@infomed.sld.cu); [liserios@infomed.sld.cu](mailto:liserios@infomed.sld.cu)