

Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general

Abdominal hysterectomy in a general surgery service

MsC. Joaquín Márquez Hernández, Dr. Alejandro Barrabí Díaz, Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez y Dr. Jorge Rubinos de la Rosa

Hospital Universitario "Amalia Simoni", Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la histerectomía abdominal es un proceder quirúrgico de práctica frecuente cuya principal indicación es el fibroma uterino. Consiste en una operación potencialmente complicaciones, en especial las sépticas.

Objetivo: describir los resultados obtenidos con la práctica de la histerectomía abdominal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Amalia Simoni" de Camagüey.

Métodos: se realizó estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 98 pacientes expuestas a histerectomía abdominal en el mencionado centro hospitalario, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2010, de las cuales se escogió una muestra de 91 que cumplían los criterios de inclusión y de exclusión establecidos. Las historias clínicas fueron la fuente de obtención de los datos primarios.

Resultados: se obtuvo que el fibroma uterino resultó ser la causa más frecuente para realizar el proceder quirúrgico, no hubo complicaciones peroperatorias, reintervenciones ni mortalidad y la estadía posoperatoria promedio fue corta.

Conclusiones: el método clínico resultó de gran valor para diagnosticar el fibroma uterino; asimismo, el hematoma de la herida quirúrgica fue la complicación posoperatoria más común y predominó el diagnóstico histopatológico de fibroleiomioma uterino en correspondencia con el diagnóstico preoperatorio.

Palabras clave: fibroma uterino, método clínico, histerectomía abdominal, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: abdominal hysterectomy is a surgical procedure of frequent practice, which main indication is the uterine fibroma. It consists potentially in a polluted operation, where technical principles should be fulfilled to avoid complications, mainly septic ones.

Objective: to describe the results obtained with the practice of the abdominal hysterectomy in the General Surgery Service of "Amalia Simoni" University Hospital in Camagüey.

Methods: a descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out in 91 female patients who had abdominal hysterectomy in the mentioned hospital, from January, 2008 to December, 2010, who fulfilled the established inclusion and exclusion criteria. The medical records were the source for the primary data.

Results: it was obtained that the uterine fibroma turned out to be the most frequent cause to carry out the surgical procedure, there were neither peroperative complications, reinterventions nor mortality and the average postoperative stay was short.

Conclusions: the clinical method was of great value to diagnose the uterine fibroma; likewise, the hematoma of the surgical wound was the most common postoperative

complication and the histopathological diagnosis of uterine fibroleiomioma prevailed in correspondence to the preoperative diagnosis.

Key words: uterine fibroma, clinical method, abdominal hysterectomy, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía abdominal resulta un proceder quirúrgico de aplicación frecuente a escala mundial. Su principal indicación es el fibroma uterino, fibroleiomioma o leiomioma uterino.¹⁻³

El útero o matriz es el órgano de generación femenino, destinado a recibir el óvulo fecundado, conservar y nutrir el producto de la concepción y a expulsarlo en el tiempo oportuno. Resulta un órgano hueco muscular, en forma de pera aplanada, de 7 a 8 cm aproximadamente.⁴ Este es estimulado diariamente por hormonas y todos los meses pierde el endometrio e invadido a veces por fetos, experimenta diversos trastornos, entre los cuales figuran: desequilibrios endocrinos y complicaciones de la gestación o del parto; también se presentan producto del desarrollo de proliferaciones neoplásicas.^{5,6}

De estas últimas las más frecuentes son los leiomiomas, los pólipos endometriales y los carcinomas. Según su ubicación en la pared uterina, los leiomiomas pueden ser subserosos, intramurales y submucosos.¹⁻³ Igualmente, pueden localizarse en el cuello uterino. También existe una variedad subserosa intraligamentaria donde estos se ubican entre las 2 hojas del ligamento ancho.²

Según las causas que las motivan y las características específicas del cuello y cuerpo del útero, las operaciones abdominales sobre este órgano pueden corresponderse con miomectomías e histerectomías totales o subtotales.^{2,3,7}

Otra variedad técnica de histerectomía es la vaginal, la cual se indica en presencia de úteros prolapsados, aunque hoy día es más empleada para úteros fibromatosis; asimismo, se puede realizar resección transvaginal de miomas submucosos pediculados o paridos.^{2,3,7, 8}

El desarrollo de la cirugía videolaparoscópica ha permitido la práctica de la histerectomía por este método y existen criterios clínicos para su indicación.^{5,9}

En el ejercicio de la histerectomía abdominal se expone a las pacientes a complicaciones peroperatorias y posoperatorias, de manera que los cirujanos deben tenerlas en cuenta siempre durante su desempeño. Estos deben cumplir principios técnicos que eviten principalmente las complicaciones sépticas, puesto que se trata de una operación potencialmente contaminada, donde se realiza apertura de la cúpula vaginal.¹⁰⁻¹³

Por otra parte, el Hospital "Amalia Simoni" se caracteriza por un número elevado de operaciones ginecológicas, razón que motivó a realizar el presente artículo para describir los resultados de la histerectomía abdominal en el Servicio de Cirugía General de esta institución.

MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 91 pacientes (de un universo de 98), expuestas a histerectomía abdominal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Amalia Simoni" de Camagüey, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2010.

Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que a las pacientes se les hubiese realizado histerectomía abdominal motivada por cualquier tipo de afección uterina en el período señalado; de exclusión, si no aparecieron las historias clínicas de estas.

Entre las principales variables sobresalieron: edad de las pacientes, diagnósticos preoperatorio e histopatológico, correlación entre ambos, existencia de complicaciones peroperatorias y posoperatorias, tipos de incisiones realizadas, variantes de procedimientos quirúrgicos efectuados sobre el útero, práctica de procedimientos quirúrgicos añadidos y estadía posoperatoria.

Los datos primarios se extrajeron de las historias clínicas, los cuales se reflejaron en planillas diseñadas al efecto. Se confeccionaron tablas para favorecer el análisis y discusión de los resultados.

RESULTADOS

En la casuística (tabla 1), predominaron las féminas de 31-50 años (86, para 94,5 %), mayoritariamente las de la quinta década de la vida.

Tabla 1. Pacientes según edad

Grupos de edades (en años)	No.	%
21 - 30 años	2	2,2
31 - 40 años	41	45,0
41 - 50 años	45	49,5
51 - 60 años	3	3,3
Total	91	100,0

La paciente más joven del estudio (28 años), fue operada como consecuencia de un fibroma uterino, confirmado desde el punto de vista histopatológico; la de mayor edad (56 años), por hiperplasia quística endometrial, también confirmada por biopsia posoperatoria. La edad media resultó ser de 37,5 años.

Como diagnóstico preoperatorio (tabla 2), prevaleció el fibroma uterino (93,4 %), seguido con marcada diferencia por el de hiperplasia quística endometrial (5,5 %).

Tabla 2. Diagnóstico preoperatorio

Diagnóstico preoperatorio	No.	%
Fibroma uterino	85	93,4
Hiperplasia quística endometrial	5	5,5
NIC III	1	1,1
Total	91	100,0

Se empleó antimicrobiano profiláctico preoperatorio en 18 pacientes, en las cuales se administró 1 gramo de cefazolina por vía endovenosa antes de la operación.

El diagnóstico preoperatorio de fibroleiomioma uterino tuvo confirmación histopatológica en la mayoría de las pacientes; el de hiperplasia quística endometrial, en cada una de ellas.

Por otra parte, en 3 de las que presentaron fibroma uterino se realizó diagnóstico histopatológico de adenomiosis o endometriosis y en 4 se informó la presencia de útero sano.

A una paciente se le confirmó el diagnóstico preoperatorio de NIC III más fibroleiomioma intramural. De manera general se concluyó que 79 (86,8 %) presentaron útero fibromatoso (tabla 3)

Tabla 3. Diagnóstico histopatológico

Diagnóstico histopatológico	No.	%
Fibroleiomioma	78	85,7
Hiperplasia quística endometrial	5	5,5
Útero sano	4	4,4
Adenomiosis o endometriosis	3	3,3
NIC III más fibroleiomioma	1	1,1
Total	91	100,0

La incisión más empleada fue la media infraumbilical, realizada en 61 pacientes (67,0 %), seguida por la de Pfannenstiel en 24 (26,3 %) y la paramedia izquierda infraumbilical en 6 mujeres obesas con diagnóstico preoperatorio de fibroma uterino voluminoso (6,6 %). En 74 féminas se practicó la histerectomía total abdominal (81,2 %) y en 17 la subtotal (18,6 %).

Se realizaron procedimientos quirúrgicos añadidos en 21 (23,0 %) y en 18 de ellas existían afecciones anexiales asociadas, relacionadas fundamentalmente con inflamación crónica en las trompas de Falopio (19,7 %); asimismo, en 3 se realizó apendicectomía (3,3 %), en 2 apendicectomía profiláctica o intencional (2,2 %) y en 1 apendicectomía incidental (1,1 %), por encontrarse la apéndice cecal íntimamente unida a la cara posterior del fibroma uterino voluminoso.

No existieron complicaciones peroperatorias, pero en el período posoperatorio primó el hematoma de la herida en 4 pacientes (4,4 %), de las cuales 2 presentaron luego sepsis de la herida; también se observó íleo paralítico y cefalea posraquídea (tabla 4).

Tabla 4. Complicaciones posoperatorias

Complicaciones	No.	%
Hematoma de la herida quirúrgica	2	2,2
Hematoma y sepsis de la herida quirúrgica	2	2,2
Íleo paralítico	2	2,2
Cefalea posraquídea	1	1,1
Total	7	7,7

Se tomó muestra de secreciones para cultivo y antibiograma en las 2 pacientes que presentaron sepsis de la herida quirúrgica, en una no se obtuvo crecimiento de gérmenes patógenos y en la otra creció una *Escherichia coli*. La estadía posoperatoria promedio resultó ser de 2,4 días.

DISCUSIÓN

En relación con la edad, el predominio de pacientes de la quinta y cuarta décadas de la vida coincide con lo obtenido por Armas *et al*² y García *et al*,⁷ lo cual se relaciona con la edad más frecuente de presentación de las enfermedades que requieren de una histerectomía, como es el caso del fibroleiomioma uterino.

Otros autores también hallaron preponderancia del fibroma uterino como diagnóstico preoperatorio.^{1,2,14}

Este diagnóstico se basó en el método clínico, dados los síntomas presentes y los hallazgos detectados durante el examen físico abdominal y vaginal (tacto vaginal bimanual), lo cual se confirmó con los resultados de las ecografías ginecológicas abdominales y/o transvaginales; asimismo, a todas las pacientes se les realizó exudado vaginal, con cultivo en algunos casos, para comprobar la existencia o no de procesos infecciosos ginecológicos asociados (vulvovaginitis).

Se verificó que todas las pacientes se hubiesen realizado la citología orgánica, dada la importancia de esta para el diagnóstico positivo de carcinoma epidermoide cervical y de afecciones del cérvix clasificadas como premalignas o precancerosas.¹⁵

Los diagnósticos preoperatorios de hiperplasia quística endometrial se obtuvieron mediante legrados diagnósticos efectuados en el Hospital Materno "Ana Betancourt de Mora" de esta provincia. Las histerectomías fueron indicadas por los ginecólogos de asistencia, dado que estas no evolucionaron favorablemente con los tratamientos indicados: dilatación, legrado y empleo de progestágenos, por lo que se encontraban en riesgo de desarrollar cáncer uterino.¹⁶

A una paciente se le diagnosticó NIC III mediante la citología orgánica, de manera que se le practicó la histerectomía total, pero conservando los anejos, tal como se recomienda en la bibliografía consultada.¹⁵

El predominio del diagnóstico histopatológico de fibroleiomioma uterino guarda relación con lo descrito en otras series,^{2,3} pues este constituye la primera causa para efectuar histerectomías.

Se plantea que el método ideal para el diagnóstico de la endometriosis es la visualización directa de la lesión endometrial por laparoscopia, acompañado de confirmación histológica.¹⁷

En la presente investigación no se realizó el diagnóstico preoperatorio de endometriosis, puesto que el cuadro clínico de las pacientes orientó hacia el diagnóstico aparente de fibroma uterino, lo cual se confirmó presuntivamente mediante ecografía ginecológica. Por otra parte, al realizar la laparotomía exploradora no se apreciaron evidencias macroscópicas de endometriosis, por lo cual el diagnóstico se obtuvo por los hallazgos histopatológicos.

Las féminas con útero sano presentaban polihipermenorrea de varios meses de

evolución y al tacto vaginal bimanual se detectaron úteros con aumento de volumen y consistencia, por lo que el método clínico orientaba hacia el diagnóstico de fibroma uterino. Así, las imágenes ecográficas informaron la presencia de úteros aumentados de volumen y de aspecto fibromatoso. Al respecto, durante la operación, los cirujanos de asistencia corroboraron la presencia de úteros con aumento de volumen y de consistencia, por lo que se concluye que no existió correspondencia clinicopatológica en estos casos, aunque se manifestaron evidencias clínicas que justificaron las histerectomías.

Algunos autores^{18,19} plantean que la incisión media infraumbilical constituye un factor predisponente para la aparición de la hernia incisional en hipogastrio, dado que se realiza sobre una zona anatómica débil, constituida por una sola capa de tejido aponeurótico y expuesta a fuerzas tensiles divergentes. En el presente estudio esta resultó la incisión predominante y con su empleo se obtuvieron resultados favorables (no están disponibles los resultados a largo plazo); sin embargo, los criterios expresados anteriormente tienen suficiente valor y se encuentran avalados por estudios anatómicos y resultados prácticos que obligan a tenerlos en cuenta en el momento de elegir la incisión para la histerectomía abdominal.

En un estudio efectuado en esta misma provincia primaron las incisiones transversas bajas; hallazgo que se relaciona con lo encontrado en esta serie, donde se realizó a 24 pacientes jóvenes con fines estéticos, a pesar del predominio de la incisión media infraumbilical.

La decisión de realizar histerectomía total o subtotal en mujeres con fibroma uterino, resulta hoy día un tema controvertido, como lo refieren Rodríguez *et al*¹² en su investigación "Comentarios y reflexiones sobre la histerectomía abdominal simple (total o subtotal)", donde exponen las ventajas de una variedad técnica en relación con la otra y viceversa.

Por su parte, Hernández *et al*,¹⁰ describieron en su casuística las ventajas de la histerectomía subtotal, dadas por menores tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, así como complicaciones peroperatorias y posoperatorias. Según Armas Pérez *et al*,² realizaron histerectomía a todas las pacientes, teniendo en cuenta el potencial maligno del cuello uterino.

En esta serie predominó la histerectomía total como conducta quirúrgica; la subtotal se efectuó en pacientes con cuello uterino largo, en las que se dificultaba la exéresis y, de hecho, existía el riesgo de lesionar la vejiga, los uréteres o ambos.

Los procedimientos quirúrgicos añadidos habitualmente dependen de la afección anexial asociada, la cual puede diagnosticarse en el período preoperatorio o detectarse durante la cirugía. La mayoría de los autores los describen en dependencia de sus hallazgos^{2,20} y en esta investigación dichos procedimientos se efectuaron predominantemente sobre los anejos.

Se recomienda cumplir con principios técnicos que eviten o disminuyan la aparición de complicaciones al realizar la histerectomía, en especial las sépticas.^{1,3,7,8} En consonancia con lo anterior, todas las pacientes recibieron preparación vaginal preoperatoria con soluciones antisépticas, se emplearon compresas de bordes y de campo, se protegió la vejiga, se realizó antisepsia de la cúpula una vez abierta, se retiró el campo sucio y los cirujanos se cambiaron de guantes antes de iniciar el cierre de la pared abdominal.

Por otro lado se aplicó antibioticoterapia profiláctica preoperatoria acorde con los criterios de los cirujanos de asistencia, al igual que en otras publicaciones.^{2,3,7,8} Al respecto, existen actualmente escuelas quirúrgicas que abogan por su empleo durante el período de inducción anestésica.

En el estudio que se presenta no existieron complicaciones peroperatorias y el porcentaje de las ocurridas en el período posoperatorio se corresponde con lo obtenido por otros autores.^{1,2,20}

En otro orden de ideas, no hubo necesidad de realizar reintervenciones, ninguna complicación estuvo relacionada con colecciones sépticas intrabdominales o de la cúpula vaginal y no existió mortalidad, todo lo cual obedece al cumplimiento estricto de los requerimientos técnicos que se establecen para la práctica de la histerectomía abdominal.

La estadía posoperatoria promedio resultó corta, acorde con la evolución favorable de las pacientes, lo cual se corresponde con los conceptos actuales sobre la necesaria disminución de los costos hospitalarios.^{14,20}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gupta S, Mayonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Current Obstet Gynaecol.* 2006; 328(7432):129-33.
2. Armas Pérez BA, Posada Beseiro O, Reyes Balseiro ES, Duménigo Arias O, Díaz Poll D, Márquez Hernández J. Variaciones de la técnica convencional de histerectomía total abdominal. *Rev Cubana Cir.* 2008 [citado 22 Feb 2012]; 47(4).
3. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE. Histerectomía: evaluación de dos técnicas quirúrgicas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009 [citado 8 Ene 2012]; 35(2).
4. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Tomo 2. La Habana: Edición Revolucionaria; 1978.
5. Aragón Palmero FJ, Expósito Expósito M, Fleitas Pérez O, Morgado Pérez A, Mirabal Rodríguez C, Aragón Palmero L. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Cubana Cir.* 2011 [citado 15 Feb 2012]; 50(1):82-95.
6. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutierrez A, Cairo González V, Pérez Viera S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2011 [citado 15 Feb 2012]; 37(4):481-8.
7. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Rev Cubana Cir.* 2011 [citado 22 Feb 2012]; 50(2):155-63.
8. García Rodríguez ME. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. Tesis Doctoral. Hospital Martín Chang Puga. Nuevitas, Camagüey; 2008 [citado 22 Feb 2012].
9. Faife González B. Criterios clínicos de indicación de la histerectomía laparoscópica. Cirugía basada en evidencia científica. Tesis Doctoral. Centro Nacional de Cirugía Endoscópica. La Habana: ISCM; 2005.

10. Hernández Durán D, Ferreiro Ricardo M, Rodríguez Hidalgo N, Díaz Garrido D, Vera Fernández V, Pérez García N. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2010 [citado 15 Feb 2012]; 36(4).
11. Harris WJ. Early Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynaecol.* 2005; 50(11): 795-805.
12. Rodríguez Hidalgo NJ, Vera Fernández V. Comentarios y reflexiones sobre la histerectomía abdominal simple (total vs subtotal). *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009 [citado 22 Feb 2012]; 35(3).
13. Rodríguez Fernández Z, Pascual Bestard M, Ricardo Ramírez JM, Izvieta Despaigne A. Caracterización de las infecciones posoperatorias. *Rev Cubana Cir.* 2011 [citado 11 Feb 2012]; 50(3): 266-75.
14. Salinas González H. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el hospital clínico de la universidad de Chile. Revisión de 2338 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(4):227-33.
15. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología.* 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 297-318.
16. Gallo Cortés I. Trastornos menstruales. En: Rigol Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología.* 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 263-87.
17. Rodríguez Hidalgo NJ. Endometriosis. En: Rigol Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología.* 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 375-89.
18. Abraham Arap JF, Casas García J, García Gutierrez A. Hernia Incisional. En: García Gutierrez A, Pardo Gómez G, editores. *Cirugía.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 1541-4.
19. Abraham Arap JF, García Sierra JC. Hernia incisional: definición, diferencia con la evisceración, clasificación, diagnóstico positivo y diferencial, profilaxis y tratamiento. *Rev Cubana Cir.* 2011 [citado 11 Feb 2012]; 50(3): 388-400.
20. Maresh JA, Metcalfe MA, McPherson K, Overton C, Hall V, Hargreaves J, *et al.* The value national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *Br J Obstet Gynecol.* 2002; 109(3): 302-12.

Recibido: 26 de noviembre de 2013.

Aprobado: 20 de diciembre de 2013.

Joaquín Márquez Hernández. Hospital Universitario "Amalia Simoni", avenida "Carlos Juan Finlay", km 3½, Camagüey, Cuba. Correo electrónico: jmarquez@finlay.cmw.sld.cu