

EVOLUCION Y COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL SIN PROLAPSO

PALABRAS CLAVE: histerectomía vaginal, ausencia de prolapso, complicaciones

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico de frecuente utilización en la práctica obstétrico-ginecológica. En la ginecología actual las vías de abordaje pueden ser laparotómica, laparoscópica o vaginal.^{1,2,3}

La histerectomía vaginal se puede realizar en pacientes con prolapso genital o sin él, se considera un procedimiento muy seguro, que escasamente produce sangrados profusos y, por lo general permite una recuperación rápida en la paciente, con ambulación precoz y pronta re inserción a sus tareas habituales, domésticas y sociales.⁴

Inicialmente la histerectomía se realizó por vía vaginal, exclusivamente en casos de prolapso, técnica que precedió a la histerectomía vaginal. Fue descrita por primera vez en Egipto por Soranus de Ephesus⁵. A mediados del siglo XX, se desestimuló el uso de esta vía en favor de la abdominal porque permitía una inspección ocular directa del campo operatorio y una mejor protección de los uréteres entre otros argumentos. Sin embargo, algunas escuelas de cirujanos de piso pélvico en varias regiones del mundo, se dedicaron a rescatar, perfeccionar y divulgar la técnica vaginal con un resurgimiento de esta en las dos últimas décadas con buenos resultados.⁶ Hoy en día se utiliza la técnica de Heaney⁷ con las modificaciones introducidas por la escuela brasileña de Londrina⁸.

Hay estudios que informan que la histerectomía vaginal sin prolapso (HVSP) presenta ventajas sobre la técnica laparoscópica y la vía abdominal⁹, en cuanto a menor tiempo operatorio, menores tasas de complicaciones, menores costos dados por un menor tiempo de incapacidad y de hospitalización. Se ha descrito además una curva de aprendizaje más corta que la laparoscópica y sin los riesgos inherentes a la introducción de los trocares y el neumoperitoneo.^{10,11,12,13,14}

OBJETIVO

Evaluar, la evolución operatoria y postoperatoria de las pacientes que fueron sometidas a una histerectomía vaginal en ausencia de prolapso genital.

MATERIAL Y METODOS

Estudio de cohorte retrospectivo efectuado en pacientes a los cuales se les realizo una histerectomía vaginal sin prolapso en la Clínica de la Familia III “Pedro E. Sciretta” de Villa María Córdoba Argentina desde mayo del 2014 hasta junio de 2016. Se incluyeron pacientes de cualquier edad con patología uterina benigna, con útero móvil, que tuvieron un seguimiento mínimo de 6 semanas; los parámetros demográficos preoperatorios incluyeron: edad (años), número de partos y de cesáreas, cirugías pélvicas ginecológicas, los parámetros intra operatorios incluyeron: morcelación (si o no), complicación intra quirúrgica (si o no, cual), en el post operatorio se tuvo en cuenta: días de internación, peso uterino (pesado por el patólogo), re internación, complicaciones en las primeras 6 semanas (si o no, cual).

Se excluyeron pacientes con sospecha de síndrome adherencial pélvico severo de cualquier origen (útero no móvil), infección activa del tracto genital, antecedentes de absceso tubo-ovárico, presencia de masa anexial, enfermedad maligna, prolapso genital y pacientes que requirieron cirugías del compartimiento anterior o posterior o cirugía de incontinencia de orina

Concepto anatómico:

La base de esta cirugía es reproducir quirúrgicamente las condiciones que permiten un prolapso uterino. Es decir que en primer lugar, mediante la tracción, que es moderada pero significativa, y luego mediante la ligadura y sección de estructuras que conforman el aparato de sostén y fijación uterino, el útero descenderá hasta permitir su extracción por vía vaginal. La tracción, además de facilitar el acceso a un órgano introducido en la vagina, permite evidenciar más claramente los tejidos y fascias que deberá disecarse. De esta forma, la disección de la fascia de Halban o vesicouterina, así como la apertura del Douglas, son pasos fundamentales en la histerectomía, ya que nos permite el manejo de ambas caras del útero, quedando anclado lateralmente por los parametrios, ya que su ligadura y sección son fundamentales para permitir el descenso gradual del útero para su extracción definitiva.

Procedimiento:

Preparación de la paciente: evacuación de la vejiga antes de iniciar el procedimiento en forma espontánea, no se realiza sondado vesical, ya que en caso de lesión de la misma durante el

procedimiento, se objetivara la salida de orina. No se realiza enema ni rasurado. Se utiliza profilaxis antibiótica con el esquema habitual para histerectomía.

Posición de la paciente:

Para la correcta realización de la técnica es fundamental la posición de la paciente

Se coloca la paciente en posición de litotomía forzada, utilizando unos estribos que permitan elevar las piernas de la paciente y avanzando la región glútea unos centímetros por fuera de la camilla, de modo que todo el grupo quirúrgico se ubique al frente del periné, en un mismo plano.

Se utiliza la técnica de Heaney modificada: el instrumental es fundamental y se caracteriza por ser específico, adecuado, largo, fuerte y a traumático. Este instrumental está constituido por valvas de separación (valva en bayoneta o Breisky y valva de peso de rama larga o Steiner-Auvard), pinzas de prensión (Z Clamp o Kovac curvo y semicurvo) y pinzas para tracción de tejidos con dientes largos (Lahey).

Ésta es una cirugía que tiene un orden definido, que no ofrece posibilidad de muchas variantes, debido a que cada uno de los pasos permite realizar el siguiente, hasta así extraer el útero.

Pasos:

- 1) Colpotomía posterior y apertura del fondo de saco de Douglas, se introduce valva de peso de rama larga o Steiner-Auvard, separando el recto del útero.
- 2) Colpotomía anterior, se realiza a nivel del repliegue de la vejiga por debajo de la mucosa vaginal, se procede a disecar el espacio vesico-uterino hasta donde sea posible, se coloca la valva de Breiky, separando la vejiga del útero.
- 3) Sección y ligadura de los parametrios cardinales, el ligamento útero-sacro y la cúpula vaginal, quedando unidos entre sí.
- 4) Ligadura y sección de los vasos uterinos
- 5) Apertura del repliegue peritoneo vesical y exteriorización del útero, se ligan los pedículos superiores (trompa de Falopio, el ligamento redondo y dependiendo si queremos conservar o no los ovarios, el ligamento utero-ovárico o el lumbo-ovárico). En caso de que el útero no se exteriorice se procederá a realizar algunas de las técnicas de morcelación, hasta llegar a los pedículos superiores, antes de realizar dicha morcelación es conveniente suturar la hoja anterior y posterior del peritoneo.

6) Revisión de hemostasia y cierre de la cúpula vaginal.

7) Colocación de sonda vesical.

En todos los casos, el procedimiento fue realizado por el mismo cirujano se incluye en esta serie la curva de aprendizaje.

RESULTADOS:

La población fue de 44 pacientes, con un promedio de edad de 45,5 años (R 37-75), el 52,2 % de las pacientes presentaban antecedentes de cesáreas previas y cirugías ginecológicas, al 70,45 % se le realizó alguna técnica de morcelación, el peso uterino promedio fue de 180 ± 123 gramos (R 25-650).

En total 5 pacientes presentaron complicaciones (11,3%), una fue intraoperatoria que correspondió a una lesión vesical (2,27%), no se presentaron complicaciones inmediatas, tres complicaciones mediatas (6,81%) que correspondieron a hematomas de cúpula vaginal, de los cuales uno se resolvió solo, otro fue drenado por vagina; en este caso la paciente obesa y EPOC a la cual se le sobre agregó una complicación pulmonar (atelectasia y neumonía) y otro requirió una laparoscopia, se observó un granuloma de cúpula como complicación tardía (2,27%).

Hubo 6 casos de infección del tracto urinario (ITU) (13.3%), los cuales ocurrieron en la primera mitad de la serie, luego se rotó el esquema de antibiótico profilaxis de clindamicina a cefazolina 2gr prequirúrgico monodosis.¹

El 95,46 % (42) de las pacientes tuvieron una estancia hospitalaria de 24 hs.

EDAD	45,5 (R 37-75)
CIRUGIAS PREVIAS PELVICAS	52,2%
PESO UTERINO	180 \pm 123 gramos (R25-650)
MORCELACION	70,4%
COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS	1 (2,27%) LESION VESICAL
COMPLICACIONES MEDIATAS	3 (11,35%) HEMATOMAS DE CUPULA VAGINAL
COMPLICACIONES TARDIAS	1 (2,27%) GRANULOMA DE CUPULA VAGINAL
INFECCION TRACTO URINARIO	6 (13,35%)
ESTANCIA HOSPITALARIA < A 24 HS	42 (95,46%)

DISCUSIÓN

A medida que la cirugía mínimamente invasiva se sigue desarrollando, los cirujanos deben ser cada vez más exigentes en la elección de la técnica quirúrgica más segura y rentable adecuándose a cada paciente en particular. La histerectomía vaginal se puede realizar con éxito incluso en situaciones difíciles como la cirugía pélvica anterior, úteros grandes,^{15,16,17} la nuliparidad, en ausencia de prolapso o de obesidad. Algunos autores la consideran la vía de abordaje principal en casos de patología benigna del útero^{18,19,20}

Luego de este trabajo se procederá a realizar una modificación en la técnica quirúrgica que consistirá en realizar unos puntos entre la hoja posterior del peritoneo y la pared de la vagina luego de la colpotomía posterior para verificar una correcta hemostasia antes de colocar la valva de peso, ya que la principal complicación (6,81%) fue el hematoma de la cúpula vaginal.

CONCLUSIÓN:

Nuestra casuística muestra una frecuencia de 11,3 % de complicaciones relacionada con la técnica quirúrgica y del 13,3% con la instrumentación vesical, porcentaje que disminuyó drásticamente luego de la rotación del esquema de antibiótico profilaxis, porcentajes que son similares a otros estudios.⁶ Creemos que es una técnica segura, reglada y reproducible.

Esta vía de abordaje puede ser empleada aun en pacientes con úteros grandes, cirugías ginecológicas previas, nuliparidad, en ausencia de prolapso y obesas, con el beneficio de al no realizar apertura de la pared abdominal, se evitan las complicaciones inherentes a la misma

Con una curva de aprendizaje, tiempos quirúrgicos y costos menores a la cirugía laparoscópica.¹⁹

BIBLIOGRAFÍA:

1. Deffieux X, Rochambeaud Bd, Chene G y cols. Hysterectomy for benign disease: clinical practice guidelines from the French College of Obstetrics and Gynecology. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016 Jul;202:83-91.

2. Walsh CA, Walsh SR, Tang TY, Slack M. Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2009 may;144(1):3-7
3. Schindlbeck C, Klauser K, Dian D, Janni W, Friese K. comparison of total laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2008 Apr;277(4):331-7.
4. Kovachev S, Ganovska A, Stankova T. Comparison of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy and vaginal hysterectomy for benign disease and lesions of the female genital system. *Akush Ginecol (Sofia)*. 2016;55 Suppl 1 Pt1:4-10
5. Kulkarni MM, Rogers RG. Vaginal hysterectomy for benign disease without prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53:5-16.
6. Correa-Ochoa JL, Tirado-Mejia JA y cols. Histerectomia vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellin (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia* Vol 62 N° 1, 2011;45-50
7. Heaney NS. Vaginal hysterectomy: its indications and technique. *Am J Surg* 1940;48:284-8.
8. Figueredo O. Histerectomía vaginal em pacientes sem prolapso uterino análise de 150 casos. *Rev Bras Ginec Obstet*. 2003;19:267-73.
9. Chen B, Ren DP, Li JX, Li CD. Comparasion of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial. *Pak J Med Sci*. 2014 Jul;30(4):875-9
10. Candiani M, Izzo S. Laparoscopic versus vaginal hysterectomy for benign pathology. *Curr Opin Obst Gynecol*. 2010;22(4):304-8.
11. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD003677
12. Swenson CW, Kandar NS, Harris JA, Uppal S, Campbell DA Jr, Morgan DM. Comparison of robotic and other minimally invasive routes of hysterectomy for benign indications. *Am J Obstet Gynecol*, 2016 Jun 22, pii S0002-9378(16)30370-2
13. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD003677.
14. Garry R, Fountain J, Brown J y cols. EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technol Assess*. 2004 Jun;8(26): 1-154

15. Cho HY, Park ST, Kim HB, Park SH. Surgical outcome and cost comparison between total vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy for uteri weighing >500g. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014 Jan-Feb;21(1): 115-9
16. Dubuisson J, Veit-Rubin N. uterine volumen and vaginal hysterectomy: interest and limits of uterine morcellation. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Mar;44(3):175-80.
17. Unger JB. Vaginal hysterectomy for the woman with a moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 grams. *Am J Obstet Gynecol*, 1999 Jun;180(6 Pt 1):1337-44.
18. Byrnes JN, Occhino JA. Hysterectomy for Benign Conditions of the Uterus: Total Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Sep;43(3):441-62.
19. Rahimini S, Jeppson PC, Gatto L y cols. Comparison of perioperative complications by route of hysterectomy performed for benign conditions. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016 Sep-Oct;22(5):364-8
20. Jacome EG, Hebert AE, Christian F. Comparative analysis of vaginal versus robotic-assisted hysterectomy for benign indications. *J Robot Surg*. 2013 Mar;7(1)39-46