

11217 106 2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DR. SAMUEL KARCHMER K. DIRECTOR GENERAL PROFESOR TITULAR

DR. JESUS RIVERA SEGURA SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y EDUCACION PROFESIONAL

T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA MARTIN RAUL NIETO ESCARCEGA

Tutor: Dr. Jorge Delgado Urdapilleta



INPer

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
CONSIDERACIONES GENERALES	7
INDICACIONES	8
CONTRAINDICACIONES	17
TECNICA QUIRURGICA	18
COMPLICACIONES	26
MATERIAL Y METODOS	33
RESULTADOS	35
DISCUSION	43
BIBLIOGRAFIA	49

### Introducción:

La histerectomía es la cirugía ginecológica mayor que se realiza con más frecuencia; es común que la decisión de efectuar una histerectomía vaginal o abdominal, se lleve a cabo no solo por la indicación clínica sino también por la familiaridad y conocimiento de la técnica tiene el cirujano, sin considerar las ventajas que puede ofrecerle a la paciente el efectuar la vía vaginal en lugar de la abdominal.

Los primeros reportes de esta cirugía se encuentran desde el siglo XIX, en 1813 por Langenbeck en Alemania y en 1829 por John Collins en Boston. Ambas operaciones fracasaron. Fenger describió la moderna técnica de histerectomía vaginal en 1881. El comienzo de las polémicas de las vías vaginal y abdominal se inician también en este siglo y todavía continúan hasta nuestros días en cierta medida.

La extirpación del útero por vía vaginal se ha utilizado como medida terapéutica de diversos padecimientos. Las primeras operaciones a menudo satisfactorias, fueron ejecutadas probablemente para casos graves de prolapso, como la paciente de Esselman en 1843, que había sido diagnosticada como portadora de un gran pólipo. Durante el siglo XIX se publicaron un buen número de informes sobre histerectomía vaginal para enfermedades malignas del útero, culminando con el de Shauta en 1890 quien se

refirió a 85 operaciones realizadas en forma exitosa. Antes de esta época, cirujanos franceses, entre ellos Pean en 1886, aconsejaron la operación para el tratamiento de las enfermedades inflamatorias de la pelvis. Fué Mayo en 1915 quien aconsejó la operación para el tratamiento del prolapso. Heaney en 1934 y la Escuela de Chicago, estimularon la ejecución de éste método en Estados Unidos. En Inglaterra, fueron decididos defensores de la histerectomía vaginal Green-Armytage en 1939, Palmer en 1948, Gwillim en 1950 y Hawksworth y Roux en 1958, los cuales prefirieron realizar la operación en presencia de prolapso.

La técnica actual de la histeractomía vaginal ha surgido de una variedad de operaciones como método de tratamiento quirúrgico principal del prolapso uterino sintomático en presencia de cistocele y/o rectocele. En una época a este procedimiento se lo contemplaba con escepticismo, como lo revela el Dr. Howard A. Kelly en una declaración hecha en 1928: "La histerectomía vaginal, que antes estuvo muy en boga ... solo se hace en forma excepcional en los últimos años". Estas opiniones tuvieron suficiente peso como para que la histerectomía vaginal no fuera tomada en cuenta como un procedimiento quirúrgico seguro en algunas partes, tales como el Hospital John Hopkins y otros sitios incluyendo Europa. De esta manera en la historia de la cirugía ginecológica, la histerectomía vaginal ha sido sujeta a varias modificaciones. Por un período considerable esta operación fué de alguna manera abandonada. Pero gracias a personas como Halban en 1932 en Europa y Heaney en 1934 en América del Norte, que esta cirugía fue retomando aceptación entre la comunidad

médica ganando popularidad desde hace aproximadamente cuatro o cinco décadas existiendo modificaciones no solo en sus técnicas originales, sino también en lo que se refiere a sus indicaciones. (8,9,22,23)

Algunas razones que contribuyeron al resurgimiento de esta cirugía han sido la gran accesibilidad que esta ofrece reduciendo el trauma quirúrgico, la amplia exposición peritoneal y las molestias postoperatorias que se presentan en la histerectomía abdominal al igual que la hemorragia. (32)

Otra justificación es que esta ruta ofrece una excelente posibilidad de reparar problemas de estática pelvigénital al mismo tiempo que la histerotomía vaginal. (20,28)

Desde el hace medio siglo, las indicaciones de la histerectomía vaginal han venido sufriendo diversas modificaciones, a medida que su desarrollo se fué realizando. Todavía la mayoría de las indicaciones es este período se relaciona con la relajación pelviana y el sangrado uterino, pero, como consecuencia de las indicaciones adicionales, más del 30% de todas las histerectomías se hacen en la actualidad por vía vaginal. Por ejemplo, una indicación adicional de la cirugía vaginal añadida hace poco es la extirpación del útero que presenta miomas pequeños y/o adenomiosis. Al igual que la técnica de Pereyra y similares en la incontinencia urinarias de esfuerzo genuina, en la cual también se utiliza la vía vaginal. (12)

En la literatura médica mexicana se menciona a Nicolás San Juan que en 1888 practicara la primera histerectomía vaginal y a muchos médicos como Ulises Valdez, Julián Villarreal, Suárez Gamboa, Juan Velázquez Uriarte, Jesús Alemán Pérez, Francisco Reyes, Rosendo Amor, Carlos Otero, Carlos Meneses, Manuel J. Castillejos, Pablo Mendizabal, José García Noriega, Donato Ramírez, Joaquín Correa, Conrado Zuckermann, Manuel Urrieta, Genaro Zenteno, Luis Carrillo Azcárate, Delfino Gallo, Alfonso Alvarez Bravo, Martín Giménez Miranda, Manuel Prom Reyes, Carlos Fernández del Castillo y José Luis Pérez Salazar. (17)

Objetivos:

Tomando en cuenta el papel que debe desempeñar la Histerectomía vaginal como procedimiento dentro del arsenal quirúrgico del ginecoobstetra, se llevo a cabo una revisión en el Instituto Nacional de Perinatología de histerectomía vaginal en dos períodos: el primero (Gpo.A) comprendido del 1o. de Agosto de 1986 al 31 de Julio de 1991, en forma retrospectiva y que sirviera como referencia para conocer el papel que ha desempeñado la histerectomía vaginal en el INPer; el segundo (Gpo.B) del 1o. de Agosto de 1991 al 31 de Julio de 1992, en forma prospectiva.

De esta manera se marcaron algunos objetivos que nos ha servido de punto de partida para la realización de este trabajo:

1.- Analizar los resultados obtenidos en el Instituto Nacional de Perinatología, en forma retrospectiva, en lo que a la histerectomía vaginal se refiere, desde el período comprendido entre el 1o. de Agosto de 1986 al 31 de Julio de 1991

2.- Para favorecer que la histerectomía vaginal tuviera mayor aceptación en base a la evaluación cuidadosa de las indicaciones y condiciones para efectuarla (grupo B).



3.- Tratar de establecer que papel ocupa la histerectomía vaginal en el Instituto Nacional de Perinatología y al mismo tiempo motivar la realización de esta técnica no solo con la finalidad del observar los cambios que ha tenido en cuanto a sus indicaciones, resultados, complicaciones, etc., sino que también mejorar la preparación médico - quirúrgica de los médicos en formación en relación a esta técnica.

4.- Efectuar una revisión general de la bibliografía Nacional e Internacional en lo referente a la histerectomía vaginal.

### Consideraciones Generales:

La histerectomía, es una de las cirugías ginecológicas mayores realizadas en la mujer. La vía de realización depende de algunos factores, tales como son: las indicaciones de la misma, el tamaño y la posición del útero, la presencia de otras patologías pélvicas, la conveniencia de acompañarla con ooforectomía, la experiencia y preferencia del cirujano.

A pesar de que se encuentra bien establecido que la histerectomía vaginal se asocia con menores índices de morbilidad y su recuperación postoperatoria es más rápida, si la comparamos con la histerectomía abdominal vemos que esta última continúa siendo la que se utiliza con mayor frecuencia, principalmente cuando se trata de un útero particularmente aumentado de tamaño, o ante la sospecha de la presencia de adherencias que técnicamente dificultan la realización de una histerectomía vaginal, lo mismo que la necesidad de remover o no los ovarios: si existe patología neoplásica en la cual se requiere de una resección más amplia y una exploración completa de la pelvis y el abdomen en donde la vía vaginal en particular no es la más accesible o ante ausencia de prolapso uterino. (1.4.5.8.31)

De cualquier forma, es indudable que en la actualidad, la histerectomía tanto vaginal como abdominal, tienen un lugar definitivo dentro de la terapéutica ginecológica como intervenciones que no deben ofrecer problemas para su ejecución

y, sobretodo, con indicaciones precisas que lejos de oponerse se deben complementar. (5)

Lo fundamental es el criterio juicioso con que se debe enfrentar cada problema en particular, para así realizar la mejor técnica quirúrgica, por esto mismo, se requiere una adecuada evaluación preoperatoria y gracias a esto se pueda garantizar una mejor ejecución y adecuados resultados para la paciente.

Otro aspecto importante es el incremento que en la actualidad ha tenido la vida media de la mujer, esto gracias a la mejor calidad de atención en la salud y a un aumento también en la cultura medica, que las lleva a consultar al médico con mayor frecuencia al inicio de su sintomatología, además que en la actualidad se cuenta con mayores recursos tanto diagnósticos como terapéuticos para el tratamiento de las enfermedades de la mujer. La responsabilidad profesional nos obliga a tener una mejor valoración para elegir la mejor vía de acceso, también la colaboración de todo un equipo médico, con la finalidad de la valoración del estado general de la paciente [valoración cardiológica y anestésica]. (11,20,28)

#### Indicaciones:

Ya se ha mencionado que la incidencia de las histerectomias vaginales ha venido presentando diferentes grados de fluctuaciones a lo largo del tiempo, esto a causa de las

diferencias de opinión entre los cirujanos y los cambios en cuanto a sus indicaciones.

Las indicaciones de la histerectomía se han modificado en las últimas décadas, lo que ha motivado también un aumento en cuanto a la realización de la histerectomía tanto abdominal como vaginal. Una muy discutida es la realización de la histerectomía con fines de esterilización teniendo otra alternativa mucho más sencilla como es la salpingoclasia bilateral y que constituye mucho menor riesgo para la paciente.

Una gran contribución a estos cambios son los avances en las técnicas quirúrgicas, anestesia, terapia de soporte para el postoperatorio que han hecho de esta cirugía una de las que cuentan con una tasa de mortalidad poco significativa. (34)

La gran mayoría de estos procedimientos son realizados en forma electiva, con indicaciones que por lo regular no constituyen verdaderas urgencias, como pudiera suceder en el caso de una Cesárea histerectomía, en las cuales debido a problemas obstétricos se hace imperativa la necesidad de retirar el útero. Pueden existir indicaciones que para la vía abdominal o vaginal pueden ser absolutas o relativas. Además la presencia de patologías benignas o malignas también pueden marcar la diferencia y no solo enfermedades del útero, sino también de otras estructuras como los ovarios, trompas o vagina, etc.

### Prolapso Uterio vaginal.

Esta alteración es una de las más frecuentemente observadas como indicación de histerectomía vaginal, ya que el descenso uterino, en sí por su naturaleza facilita técnicamente la realización de ésta. A su vez esta vía de acceso permite corregir otros problemas de estática pélvica que se encuentran asociados.

Este trastorno depende de varios factores que son determinantes para su presentación:

- Antecedentes Obstétricos: es indudable que la multiparidad, el antecedente de partos con un período expulsivo prolongado, desgarros perineales, distocias por aplicación de forceps y partos de productos macrosómicos son factores etiológicos importantes para la presentación de esta alteración.

- Menopausia: con el incremento de la vida media de la mujer, la post menopausia es un factor muy importante para la presentación de esta patología, ya que como consecuencia del hipoestrogenismo que origina diversos grados de atrofia genital y que agregado a los factores antes mencionados, se traduce en un relajamiento de los elementos de sostén del aparato genital, que son los siguientes:

1.- Sistema de suspensión.- formado por la fascia endopélvica o también llamado retinaculum uteri y sus conexiones ligamentarias: ligamentos cardinales, uterosacros y los ligamentos pubovesicocervicales. Se acepta que los ligamentos redondos no forman parte de este sistema ya que solo sirven para dar orientación al útero.

2.- Sistema de contención.- constituido por las fascias periuterina, perivesical y perirectal, además de la cuña perineal.

3.- Sistema de sustentación.- formado por el piso pélvico en sus tres componentes: diafragma pélvico, urogenital y sistema esfinteriano.

Se considera la senectud o ancianidad, como la época después de los 60 años de vida, siendo en este grupo de pacientes en las que con mayor frecuencia se manifiestan las alteraciones de estática pélvica, especialmente motivadas por las disfunciones hormonales de la menopausia, reflejadas en los tejidos.

En la actualidad los avances, en el conocimiento de la medicina en los campos anestésicos, cardiovasculares, endocrinológicos, así como en el mejor conocimiento de la terapia antimicrobiana, ha facilitado el manejo trans y postoperatorio en la paciente se edad avanzada.

Las variantes sufridas, a través de los siglos, para la corrección del prolapso en la mujer anciana, han sido múltiples. Sin embargo, la histerectomía vaginal es el tratamiento de elección para esta patología contando como alternativa, con el reforzamiento del piso perineal, por la disección y afrontamiento de los haces pubo-coxigeos del elevador de ano en la corrección del rectocele y del cierre de la vagina, así como de las técnicas para la corrección del cistocele.

No hay que olvidarnos de técnicas que anteriormente fueron utilizadas con la finalidad de disminuir el riesgo quirúrgico anestésico en la paciente anciana. Una de éstas es la operación de LeFort; la cual consiste en la denudación de un rectángulo de pared posterior y una denudación similar en la pared anterior de la vagina. Las bases de éstos rectángulos están situadas ligeramente debajo del cérvix. El cierre vaginal se consigue mediante el afrontamiento completo de estas dos áreas denudadas; cirugía de corto tiempo, que puede realizarse mediante anestesia local, pero que, sin embargo, no corrige el cistocele y por otro lado conserva el útero, que puede presentar patología en el futuro.

La operación de Watkins, consiste en transponer el útero entre la vejiga y la pared vaginal, con el fin no solo de corregir el prolapso uterino, sino a la vez de servir de piso vesical en el cistocele.

La operación de Spalding-Richardson, descrita por éstos en 1919 y 1937 respectivamente, consiste en la amputación del cérvix, resección del cuerpo a una altura deseada, la porción ístmica del útero se une con las inserciones de los ligamentos anchos y uterosacros, para la interposición y la aproximación en la línea media de la fascia pubocervical por debajo de la uretra.

La operación de Manchester (Donald - Fothergill), en la que se corrige el prolapso uterino con la combinación de colporrafia anterior y posterior y amputación del cuello uterino. Con las ventajas de abreviar el tiempo quirúrgico cuando la paciente no es capaz de tolerar una operación prolongada, sino que también

conserva la función reproductiva. (11.20.22.23.29)

Se pueden mencionar otras indicaciones que en un momento dado pueden ser discutibles, por lo que el médico debe de individualizar para decidir la vía quirúrgica más conveniente para la paciente.

Ya muchos autores han discutido las ventajas que ofrecen ambas técnicas para cada una de las indicaciones:

La enfermedad uterina sin prolapso aparente, parece ser la indicación más discutida. Muchas pacientes con enfermedad uterina benigna que requieren histerectomía, son sometidas a intervención abdominal cuando puede ejecutarse por vía vaginal. La mayoría de las multiparas tienen suficiente laxitud en los tejidos para permitirla. Existe también a menudo, cierto grado de relajación vaginal asociada que facilita la corrección durante el acto operatorio. Gray (1963) ha resumido las ventajas del acceso vaginal sobre la abdominal, que principalmente derivan de la ausencia de herida abdominal y del hecho de no perturbar para nada el intestino, de modo que las molestias son mucho menores y más fácil el inicio de la demabulación. En muchas ocasiones se reduce también el tiempo quirúrgico y la permanencia hospitalaria de la paciente. En pacientes muy obesas, la histerectomía abdominal implica mayor dificultad técnica, mayor morbilidad y por consiguiente mayores dificultades en cuanto a la recuperación de la paciente. Petkin (1976) no encontró diferencias en morbilidad o duración de permanencia hospitalaria entre un grupo de mujeres obesas y mujeres en su peso normal.



Tabla No. 1

INDICACIONES	Delgado 1969 N=300	Amirika 1979 N= 1688	Dicker 1982 N= 568	Kudo 1980 N=9230
Prolapso Uterino	300 (100%)	223 (13%)	170 (30%)	244 (3%)
Adenomiosis	--	216(12.7%)	--	--
Miomatosis	23 (7.6%)	948 (56%)	41 (7.2%)	5335 (60%)
Adeno+Miomatosis	--	118 (7%)	--	--
Ca. de Endometrio	--	5 (0.3%)	--	--
Ca Cu in situ	--	101 (6%)	118 (20.5%)	350 (3.8%)
Displasia Cervical	4 (1.3%)	--	incluido en anterior	807 (8.7%)
Sangrado Uterino	--	64 (4%)	157 (27.5%)	--
Dolor pélvico	--	--	46 (8.1%)	--
Endometriosis	--	12 (4%)	--	--
Endometriosis+Adenom. -	--	3 (5%)	10 (1.9%)	1562(17%)
Enf. Pélv.Inf.	--	--	1 (0.2%)	--
Miomatosis +T. Ovario* -	--	--	--	311(3.5%)
Otras	20 (6.6%)	--	--	807 (7%)

\* Quiste dermoide (1,4,5,16)

En la tabla 1, están resumidas las indicaciones reportadas por algunos autores, como podemos observar, son muchas y variadas, así como también el criterio para tomarlas en cuenta ha venido cambiando, tomemos como ejemplo el caso del prolapso pelviginital, en el cual Amirika reporta para un total de 1688 procedimientos un 13%, mientras que Kudo en un número de 9230 reporta solo un 3%. Esto tal vez a consecuencia de que actualmente se cuenta con acciones preventivas en contra de los factores etiológicos de este trastorno, como son: mejor atención obstétrica y el empleo de terapia hormonal sustitutiva en el caso de la menopausia. (1,18)

Por lo que respecta a la miomatosis uterina la mayoría de los autores la consideran como indicación sino absoluta pero si utilizan la HTV como abordaje quirúrgico. Autores como Kudo, Gitsch piensan incluso que cuando se trata de un útero con miomas de gran tamaño se puede optar por la realización de una hemioincisión o bien la morcelación de los miomas para poder efectuar la HTV, sin embargo, esto va depender mucho de la localización del mioma, de tal manera que se puedan efectuar estas maniobras con facilidad. (9,16)

Kovac en un estudio realizado en 1988, describe los datos concernientes a 902 histerectomías de estas el 80.6% fueron vaginales, mismas que en el 76% aplicó un método de desintegración miometrial descrito por Lash en 1961, lo cual

reduce el tamaño e incrementa la movilidad del útero durante la cirugía vaginal. La técnica se describe comenzandose por la realización de la histerectomía vaginal en forma habitual. Después de ligarse los vasos uterinos se hace una insición circunferencial en el miometrio por encima de los vasos ligados y, con tracción del útero, se desciende el centro del órgano dejando la periferia. El resto se colapsa, dando acceso a los pediculos. El peso promedio de los úteros removidos con ésta técnica fué de 163 gramos, y el de mayor peso fué de 750 gramos. (14)

Los criterios tomados en cuenta en relación a la enfermedad neoplásica han cambiado también como se observa en el caso del carcinoma endometrial en donde autores como Gitsch consideran que la histerectomía vaginal está contraindicada. Esto obviamente a las ventajas que ofrece la vía abdominal para lograr una mejor exploración de las demás estructuras que pudieran estar involucradas en el caso de las metastásis, al igual que una mayor resección en caso necesario. En lo que se refiere al Ca Cu en sus estadios iniciales y para las displasias cervicales, la histerectomía vaginal conserva una conceptualización diferente ya que como se observa en la Tabla 1, ha persistido su realización.

Shauta introdujo para el caso de carcinomas del cuello uterino, una técnica de extirpación vaginal ampliada, al mismo tiempo que Wertheim aportaba su operación radical por vía abdominal. Reportandose resultados igualmente satisfactorios para ambas técnicas. (9,22)

### Contraindicaciones:

Como pudimos constatar, son muchas y variadas las indicaciones que se pueden discutir para poder realizar una histerectomía vaginal. Sin embargo, como en todos los procedimientos también está cuenta con algunas contraindicaciones como son:

- Sospecha de Tumores anexiales
- Poca movilidad uterina
- Sospecha de patología pélvica o bien fuera de la pelvis que requiere de una exploración abdominal adecuada.
- Presencia de tumores endometriales y cervicales en estadios avanzados y que requieran un procedimiento radical.

Otras contraindicaciones que pudieramos clasificar como relativas son:

- El tamaño mayor a un útero de 12 a 14 semanas de gestación.
- Antecedentes de cirugías previas que pudieran ser tanto obstétricas como ginecológicas.
- Vía de acceso inadecuada: vagina estrecha, profunda o un cervix "copulizado".

Mucho va a depender de la experiencia y habilidad del cirujano, así como de su preferencia en cuanto al abordaje vaginal. (8,9,13)

### Técnica Quirúrgica

En las operaciones vaginales, el ginecólogo debe estar bien colocado, de tal manera que domine todo el campo operatorio. No menos importante es la función de los ayudantes, que van a dar al operador el suficiente campo para que logre observar todas las estructuras. El conocimiento anatómico de la región es muy importante, como en todos los procedimientos quirúrgicos, ya que en ocasiones los planos no son respetados por las patologías existentes, y sin estos conocimientos, es posible que se tengan complicaciones yatrogénicas.

Para hacer la histerectomía vaginal la paciente debe estar en posición de litotomía con las caderas en el borde de la mesa. El uso de instrumentos estrechos y delicados contribuyen a facilitar la operación; el empleo de materiales pesados y engorrosos pueden tornar imposible el acceso al útero. Otro aspecto importante, es contar con una iluminación bien enfocada.

Una vez colocada a la paciente, ya anestesiada, se procede a efectuar el lavado de la vulva, el periné y la vagina y se vacía la vejiga con una sonda.

Los labios menores, si son largos, pueden suturarse para que estén fuera del camino. En ocasiones nos podemos encontrar con un intróito demasiado estrecho como consecuencia de una colpoperineoplastia anterior, pudiendo nosotros evitar esta

dificultad con la elaboración de una pequeña episiotomía en la línea media.

Se toma el cuello con un tenáculo y se lo tracciona con fuerza para que quede a la vista. Se traza una incisión semilunar en la mucosa del fondo vaginal , justo por encima de la porción vaginal del cuello por debajo de la inserción vesical. Se libera la vejiga de la superficie anterior del útero mediante disección cortante hasta los pliegues peritoneales vesicouterinos. Después de haber entrado en el plano areolar laxo y de haber escindido las inserciones aponeuróticas debajo de la vejiga con la tijera de Mayo curva, por lo general se puede completar la disección con un dedo cubierto de una gasa. La separación debe ser cuidadosa, ya que emplear movimientos vigorosos, puede crear un plano textural incorrecto pudiendo crear un desgarró en la pared muscular de la base vesical.

Se identifica y se incide el pliego peritoneal libre y se inserta un separador angosto en la cavidad peritoneal para mantener la vejiga y los uréteres separados hacia adelante. En ocasiones el útero es demasiado alto como para que los pliegues vesicales sea accesibles o puede haber un tumor bajo el cuello que se interpone en este punto. Si no se puede empujar la vejiga lo suficientemente hacia arriba como para entrar con facilidad en el fondo de saco anterior, déjese de trabajar aquí y procurese entrar por el fondo de saco posterior.

Después de haber entrado en el fondo de saco anterior, tracciónese con fuerza el cuello hacia adelante y hágase una incisión semilunar en la mucosa vaginal a la altura el fondo de

saco posterior y únanse las incisiones anterior y posterior a los lados del cuello tomando la precaución de no lesionar el recto. Después de haber cortado a través de la mucosa, se entra en el plano areolar laxo y se desarrolla el espacio mediante disección cortante hasta ver el peritoneo. Ahora se incide el peritoneo, se explora el fondo de saco y se introduce un separador estrecho de ángulo recto. Si aún no se ha abierto el peritoneo anterior, se pueden introducir los dedos índice y medio en torno del fondo uterino para distender el peritoneo entre la base de la vejiga y el segmento inferior del útero. A continuación puede incidirse bajo visión directa la reflexión peritoneal.

Al exponer hacia atrás la mucosa en el intento de ver el peritoneo, se expone la base de los ligamentos cardinales, los cuales se pinzan por separado mediante una pinza estrecha curva y con dientes distales y a continuación se lleva a cabo la ligadura con material de resorción tardía No. 0 ó 1. En seguida se pinzan los ligamentos uterosacros se cortan y se transfijan con una sutura similar. El pedículo ligado se sujeta para plicarlo después y para usarlo para suspender la cavidad vaginal. La escisión del ligamento uterosacro suele permitir que el útero descienda lo suficiente como para que pueda entrar sin dificultad en el fondo de saco posterior, si antes no era accesible.

Un separador colocado en el fondo de saco anterior y en el posterior, permite mantenerlos lo más separado posible. Cuando los separadores se sostienen en el lado izquierdo de la paciente,

ofrecen una exposición excelente del ligamento ancho del lado izquierdo y al mismo tiempo desplazan la vejiga, uréter y recto. Cuando la base del ligamento ancho (cardinal) y el ligamento uterosacro izquierdo han sido seccionados y ligados por separado, se puede ver los vasos uterinos. Estos vasos se pinzan, seccionan y aseguran de manera similar con una sutura sin transfijión empleando material de resorción tardía. Es importante no transfijar el pedículo uterino por que la lesión de los vasos dilatados podría acarrear la formación de hematoma en el ligamento ancho.

En pasos similares sucesivos el ligamento ancho del lado izquierdo se pinza y se secciona lo más arriba posible, tomando el peritoneo anterior por encima de los vasos uterinos con cada pedículo sucesivo. Cuando no se puede seguir del lado izquierdo, se pasan los sepradores del lado derecho de la paciente y se efectuan las mismas maniobras con los vasos uterinos y ligamentos.

Una vez escindidos los ligamentos anchos en un sitio alto a cada lado del cuerpo uterino, se tracciona el cuello hacia arriba. Entonces el cuerpo uterino, si no es demasiado grande o adherente, se presenta en la abertura posterior, donde se lo puede tomar con un tenáculo y se lleva hacia la parte de afuera del intróito.

Ahora se puede identificar e inspeccionar cuidadosamente la porción superior del ligamento ancho, el extremo uterino de la trompa, el ligamento suspensorio del ovario y el ligamento redondo del lado izquierdo. Estas estructuras están incorporadas



en la porción cornual del ligamento ancho, al cual se pinza se secciona y se cierra con doble ligadura, primero con un nudo libre para ocluir el pedículo vascular y luego con una sutura de tranfixión colocada por fuera de la ligadura anterior. La pinza se cambia con una ligadura para toda la porción residual del ligamento ancho superior, de la misma manera que se hizo para la parte inferior. La ligadura exterior del pedículo de la punta del ligamento ancho se sostiene con una pinza hemostática para identificar este ligamento al hacer la peritonización y suspensión de la cúpula vaginal.

Habiendo liberado el lado izquierdo del útero, se pinza la región cornual del lado derecho, se la escinde y se liga con una técnica similar. Se retira el útero y se inspecciona para ver si existe algún proceso patológico que tornaría conveniente extirpar anexos que en otros sentidos son normales.

Si el cuerpo del útero es demasiado grande como para sacarlo intacto, puede ser fácil extraerlo eliminando el cuello, si a pesar de esto resulta difícil, puede procederse a la morcelación. Antes de la morcelación, píncese, escíndase y lígese la punta de los ligamentos anchos por que una vez que se ligan con firmeza las ramas comunicantes de los vasos ováricos, se elimina el peligro de sangrado excesivo. El procedimiento se facilita manteniendo el útero en constante tracción.

Una vez extraído el útero se introduce una pequeña compresa para mantener separados los intestinos, ahora, se inspeccionan las trompas y los ovarios, traccionandolos dentro del campo

operatorio y, según su estado, se los deja o se los escinde. Casi siempre los anexos se pueden inspeccionar y examinar u operar con la misma facilidad por la incisión vaginal que por vía abdominal. Si ocurre sangrado en la mucosa o submucosa vaginal posterior, se lo puede cohibir con puntos corridos de sutura de resorción tardía 000 que incorpora el margen peritoneal de la pelvis, la submucosa y mucosa vaginal.

Para eliminar la trompa y el ovario, se debe identificar el ligamento infundibulo pélvico, se coloca cuidadosamente una pinza curva a través del mismo. La trompa y el ovario se escinden y se retiran dejando en el pedículo un buen margen del ligamento ancho para que los vasos no se retraigan y sangren después. Para cerciorarse de que los vasos ováricos están asegurados antes de cortar, se puede colocar una segunda pinza en el pedículo en un punto más distal que la pinza original. Luego entonces, se coloca una ligadura en el pedículo y se corrobora que no existan puntos sangrantes antes de soltar el pedículo.

#### Suspensión de la cúpula vaginal.

La suspensión se hace antes de colocar la jareta para cerrar el peritoneo pelviano. Una vez que se entra en la pelvis desde el fondo lateral de la vagina, se colocan unos puntos corridos de sutura de resorción tardía No.1 a través de la punta del ligamento ancho, más proximal que la ligadura para no traccionar la ligadura y safarla del pedículo. A continuación se hace una toma profunda del ligamento cardinal, que provee uno de los

sostenes de la cúpula vaginal. El ligamento uterosacro se mantiene firmemente estirado para poder hacer una toma profundada de esta estructura, después de lo cual la sutura se pasa a través de la mucosa vaginal lateral para completar la suspensión. La sutura se sujeta sin anudar hasta colocar la sutura peritoneal.

La práctica de plicar juntos los ligamentos uterosacros y el fondo de saco evita que se forme después un enterocele, para esto, se coloca la sutura inicial que incluye los ligamentos uterosacros y el peritoneo del fondo de saco posterior, pudiéndose colocar una o más suturas similares más arriba del fondo de saco en los que hay mucha redundancia o un enterocele incipiente. La sutura se penetra en la mucosa vaginal para atravesar el peritoneo pelviano. Esta sutura levanta cada ligamento uterosacro sin plicar el peritoneo del fondo de saco y pasa de nuevo a través del fondo de saco posterior de la vagina. Se puede colocar otro punto plicador adicional en un nivel apenas más alto. Una vez anudadas, estas últimas suturas vaginales habrán de impartir profundidad adicional a la vagina al fijar el fondo posterior con los ligamentos uterosacros en la línea media.

El procedimiento se completa cerrando la cavidad peritoneal con una jareta de puntos continuos que se origina en el centro del peritoneo vesical, incorporando toda la circunferencia del peritoneo pelviano, poniéndose especial cuidado en levantar el peritoneo más allá de la ligadura de los vasos principales y ligamentos. De este modo se asegura el cierre completo del

peritoneo, reteniéndose los pediculos de vasos ligados por fuera de la cavidad peritoneal. En caso de que ocurra sangrado en el postoperatorio, este sangrado sera extraperitoneal y podrá drenar con facilidad por la cavidad vaginal.

Se anudan las suturas suspensoras de los ángulos laterales de la vagina, se anudan las suturas de plicación uterosacras, se anuda entonces la jareta del peritoneo, con lo cual debe de exteriorizarse el pediculo pelviano. Las suturas del ligamento uterosacro que pasan a través del fondo posterior habrán de elongar la vagina al fijar la cavidad vaginal a los ligamentos uterosacros. La reparación vaginal anterior, si es necesaria, se inicia en este punto, antes del cierre transversal de la cavidad.

Esta técnica fué descrita en 1934 por Heaney y resulta ser el método que más comunmente se emplea en America del Norte. En esta, Heaney, destaca el pinzamiento de los principales ligamentos uterinos y su ligadura inmediata con suturas, al igual que, el cierre de la cavidad vaginal y también ideó diversos instrumentos para este procedimiento vaginal. (2,3,6,22,23)

Existen variaciones en la técnica que cada uno de los cirujanos en particular prefieren, como ejemplo tenemos el hecho de orlear la cúpula vaginal y mantenerla abierta o utilizar otros métodos de fijación como los reporta Cruikshank. (2,3)

Complicaciones:

Como en todos los procedimientos, la valoración preoperatoria a que deben someterse todas las pacientes, se derivan los mejores resultados y desde luego las complicaciones serán también menos frecuentes en base al conocimiento del cirujano en cuanto a la técnica y a la vigilancia del postoperatorio.

Las complicaciones pueden ser inmediatas o tardías, entendiéndose por las primeras a aquellas que se presentan durante el transoperatorio o en las primeras 48 hrs. del postoperatorio y tardías las que ocurren después de este límite. (4,5)

La histerectomía se asocia con una tasa substancial de complicaciones como lo refiere Easterday, la cuarta parte o incluso la mitad de las pacientes sometidas a una histerectomía pueden llegar a tener alguna complicación, aunque la mayoría de las ocasiones son menores.(8)

Algunos factores que se relacionan con la aparición de las diferentes complicaciones incluyen:

- La contaminación por la flora bacteriana de la vagina.
- La proximidad de la vejiga y el tracto urinario con el útero y sus anexos.
- De la paciente: la edad, patologías agregadas como son la

diabetes mellitus, cardiopatías, antecedente de tromboembolismos, obesidad, etc.

- La indicación de la cirugía, tiempo quirúrgico, así como el empleo de técnicas quirúrgicas asociadas a la histerectomía vaginal, por ejemplo las cirugías para corrección de incontinencia urinaria. (12)
- La experiencia y habilidad del cirujano.
- El uso o no de antibióticos profilácticos, al igual que el empleo de drenajes, que evitan infecciones y hematomas respectivamente. (25)

### Fiebre

Esta se define como la presencia de temperatura de 38 grados centígrados o más, en dos tomas separadas, excluyendo las primeras 24 hrs.

La morbilidad por fiebre es una de las complicaciones más frecuentes de la histerectomía, su frecuencia varía dependiendo de las series, por ejemplo, Dicker reporta para un total de 568 histerectomías vaginales un 15.3 %, y en 32.3% para la histerectomía abdominal en un total de 1283 procedimientos; Easterday reporta porcentajes similares para ambos procedimientos, siendo para la abdominal 2.1 veces más frecuente que para la vaginal (32% vs. 15%) esto en una serie de 1837 eventos. Por su parte Kudo, en un total de 230 pacientes histerectomizadas por vía vaginal encontró 14 pacientes siendo

esto solamente el 6%. (1,4,5,8,9,28)

Las causas no se deben atribuir unicamente al procedimiento, ya que puede presentarse como consecuencia de diferentes entidades como son: infección del tracto urinario, infección pélvica, infecciones del tracto respiratorio, abscesos de cúpula vaginal, etc. Siendo en el mejor de los casos la exploración física cuidadosa la que nos deberá orientar hacia el diagnóstico.

En la actualidad se acepta que el empleo de antibióticos profilácticos logra disminuir la tasa de morbilidad febril hasta cerca de la mitad o menos (del 5 al 8%). Lo mismo que el hecho de dejar la cúpula vaginal abierta para reducir la formación de seromas y hematomas en el sitio operatorio y evitar la complicación de celulitis del manguito. (23,25)

#### **Hemorragia**

Esta es otra de las complicaciones frecuentes de la histerectomía. Debido a que en muchas ocasiones la estimación de las pérdidas sanguíneas es subjetiva, la reposición por medio de la transfusión sanguínea puede ser un buen índice. Como lo reporta Ledger, con tasas de transfusión asociadas en la histerectomía abdominal y vaginal que fueron de 17 y 13 % respectivamente; mientras tanto Dicker encuentra de un 15% para la abdominal y 8% para la vaginal. (4,18,19)

Muchos factores suelen influir en la pérdida de sanguínea, tales como la presencia de severas patologías pélvicas, infección o endometriosis, más comunes durante la vía abdominal que en la

vaginal. la colporafia al mismo tiempo de la histerectomia incrementa la pérdida hemática al igual que el tiempo quirúrgico.(26)

#### Lesión del Tracto Urinario

Las intimas relaciones entre este sistema y el útero, hace de la vejiga el órgano de este tracto más vulnerable y que con mayor frecuencia se lesiona durante la cirugía pelviana. La vejiga puede lesionarse al disecar el plano aponeurótico entre la base vesical y el segmento inferior del útero. Su frecuencia oscila entre un 0.3% a un 0.8% según informa Easterday, y del 0.2 al 0.5% para las lesiones del uretero.

La incidencia de lesiones vesicales asociadas con la histerectomia vaginal en menor que en el caso de la abdominal en relación aproximada de 1 a 6. Este menor índice de lesiones obedece a que al elegir la vía vaginal como procedimiento más indicado, hay escasa deformidad en el útero y no suele haber patología intrapelviana. Se reconoce que los pasos técnicos más difíciles de la histerectomia vaginal son hacer la disección cuidadosa de la base vesical respecto del cuello y del segmento inferior del útero e identificar y abrir el pliege peritoneal anterior.(4,5,33)



### Prolapso de cúpula vaginal

Esta complicación es considerada como una alteración poco frecuente posterior a la histerectomía vaginal. En un estudio elaborado en 1990 por Cruikshank, en donde se recomienda la fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso al tiempo de realizar la histerectomía se presenta una frecuencia que oscila entre el 0.2% al 1%. Además se remarca la evolución en la disminución de esta complicación a medida que se fueron implementado nuevos y variados métodos para la prevención de esta complicación, como la reportada en la literatura existente en la década de los 60s la cual oscilaba entre el 1% al 43%.

En ocasiones el prolapso que se produce después de la histerectomía total significaría que al hacer la operación pasó inadvertido un enterocele profundo. Este defecto anatómico no se corrige haciendo la suspensión habitual de la cúpula vaginal y así tampoco se previene un prolapso futuro. Esta alteración puede ser asintomática incluso antes de la realización de la histerectomía, pero con el paso del tiempo, la gravedad del prolapso y la sintomatología se habrán de acentuar. En esencia, el prolapso de la cúpula vaginal se debe a un defecto importante en la placa elevadora debilitada y relajada, junto con hiato de los elevadores ensanchado en el piso perineal de la pelvis. Así un enterocele hasta entonces oculto, puede hacerse clínicamente manifiesto después de la histerectomía; el enterocele residual y el prolapso de cúpula vaginal son variantes del mismo defecto anatómico. (6.9.13.23.)

### Otras complicaciones

La retención urinaria suele ser una complicación que se llega a presentar con más frecuencia posterior a una histerectomía vaginal, como lo reporta Dicker en su serie de 588 histerectomías vaginales y 1283 abdominales, en la cual, él encuentra un 15% y un 4.8% respectivamente. Esta frecuencia, tal vez encuentre su razón en la mayor manipulación y manejo de sondas vesicales, así como también la asociación de esta cirugía con otras técnicas encaminadas a resolver problemas tales como la incontinencia urinaria de esfuerzo como lo es la técnica de Pereyra y similares.(12,26)

La formación de fistulas urinarias o rectales son complicaciones aún más raras encontrándose en la literatura una frecuencia incluso menor del 0.1%, pero con resultados alarmantes en aquellas pacientes en las que se presentan. Como en la serie de Kudo que en un total de 9230 procedimientos solo encontró dos pacientes con esta alteración, una con fistula rectovaginal y la otra con una vesicovaginal. Incluso Stewart reporta el caso de una paciente con una fistula salpingo-vesical revelada por cistoscopia, misma que fué tratada exitosamente con salpingo-coforectomía.(33)

Como en toda cirugía pélvica prolongada, el riesgo de trombosis y tromboflebitis se encuentra también latente, para lo cual, se deben tomar medidas profilácticas encaminadas a la prevención de estas alteraciones como son: el uso de vendajes, la deambulación precoz y el uso de anticoagulantes como la heparina

en forma profiláctica en aquellas pacientes que se considere necesario.(4)

El término de Síndrome de ovario residual se refiere al desarrollo de dolor, dispareunia y una masa pélvica después de la histerectomía en la que los ovarios fueron conservados. Su frecuencia varía del 1 al 4% en forma global para las histerectomías.(4)

El riesgo de muerte durante la histerectomía realmente es bajo, en ocasiones esta se encuentra asociada a causas no bien establecidas, pero otras son resultado de las complicaciones de la operación incluyendo: embolia pulmonar, infección, infarto al miocardio, oclusión intestinal, infarto pulmonar y hemorragia subaracnoidea. Easterday menciona los resultados de un gran estudio multicéntrico en EUA en el cual se dan cifras de 1 a 2 muertes por cada 1000 histerectomías (global), mientras que Dicker para las 568 (HTV) y 1283 (HTA) reporta un 0.2 y un 0.1% respectivamente. (4,8,34)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de expedientes clínicos contenidos en el archivo del Instituto Nacional de Perinatología, de todas las histerectomías vaginales llevadas a cabo, en los períodos comprendidos entre el 1o. de Agosto de 1988 al 31 de Julio de 1991 (Gpo. A) y del 1o. de Agosto al 31 de Julio de 1992 (Gpo.B). Encontrándose un total de 257 procedimientos realizados entre ambos ciclos. Para el primero se encontraron un total de 230, mientras que para el segundo fueron un total de 47 procedimientos.

El criterio de inclusión fueron todas aquellas histerectomías vaginales realizadas en el INPer durante estos años.

Los factores que fueron analizados son: la edad de las pacientes, antecedentes obstétricos, número de gestaciones, valoración preoperatoria, indicación del procedimiento, cirugía realizada o la asociación con otro procedimiento quirúrgico, así como detalles en la técnica como el cierre o no de la cúpula vaginal. Tiempo quirúrgico, sangrado aproximado, tipo de anestesia utilizada, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, resultado anatomopatológico de las piezas quirúrgicas, peso de las mismas y días de estancia hospitalaria.

Para tal efecto, se llevo a cabo el diseño de una hoja de captura de todos los datos antes mencionados, que fueron obtenidos de los expedientes. Los procedimientos se encontraron en las libretas de registro de procedimientos quirurgicos del área de Tococirugia y posteriormente los expedientes fueron solicitados al archivo clínico del Instituto Nacional de Perinatología.

Para el período del 1o. de Agosto de 1981 al 31 de Julio de 1982, se elaboró una carta, en la cual se hacia petición al cuerpo médico del INPer para que se llevase a cabo una revisión cuidadosa en las pacientes programadas para histerectomía, de tal forma que la vía vaginal fuera tomada en cuenta como una opción.

Las cifras de los resultados se expresan en números absolutos y se hace un analisis de los resultados.

HISTERECTOMIA VAGINAL

RESULTADOS

En los registros de procedimientos se hallaron un total de 257 hysterectomías vaginales para los períodos programados. Para el primer período que se incluyó en el Gpo. A fueron un total de 230, de los cuales se analizaron 219, ya que en 3 expedientes se trataba de procedimientos abdominales y los 8 restantes no se localizaron en el archivo clínico. Para el segundo período, incluido en el Gpo. B se localizaron 47 procedimientos, haciendo un total de 266 hysterectomías vaginales entre los dos grupos.

La edad de las pacientes osciló entre 23 y 85 años en el grupo A y de 32 a 84 años para el grupo B, teniendo un promedio de edades de 42.7 y 40.5 respectivamente. En la tabla No. 2 se muestra la distribución de los grupos de edades para los dos grupos.

TABLA 2

EDADES	GPO. A n= 219	GPO. B n= 47
20 - 30	8 ( 3.6%)	0
31 - 40	85 (29.6%)	5 (10.6%)
41 - 50	73 (33.3%)	20 (42.5%)
51 - 60	46 (21.0%)	11 (23.4%)
> 60	27 (12.3%)	11 (23.4%)

En cuanto a los antecedentes obstétricos, el mayor número de partos en las pacientes fué de 16 en ambos grupos, no se encontraron pacientes nulíparas y en general se encontraban entre 3 y 5 partos. Para el grupo A, se hallaron 11 pacientes con antecedente de cesareas (5%), incluyendo a 1 paciente con dos cesareas. En la mayor parte de las historias clínicas no se especificaba el peso de los productos, encontrándose solo en 7 pacientes del grupo A y en 10 del grupo B, antecedente de partos con niños mayores de 4 Kg., lo mismo para los nacimientos logrados con forceps. En la tabla 3 se especifican el número de partos y los porcentajes en cada grupo.

TABLA 3

PARIDAD	GPO. A	GPO. B
1	6 (2.7%)	0 -
2	34 (18.5%)	3 (6.3%)
3	42 (19.1%)	7 (14.8%)
4	40 (18.2%)	5 (10.6%)
5	32 (14.8%)	8 (17.0%)
6	21 (9.5%)	5 (10.8%)
7	15 (6.8%)	5 (10.6%)
8	6 (2.7%)	5 (10.6%)
9	8 (3.8%)	3 (6.3%)
> 10	15 (6.8%)	6 (12.7%)

En el grupo A se encontraron 207 histerectomías con indicación de trastornos de estática pélvica (T.E.P.), como diagnóstico aislado o bien asociado a otras alteraciones como son: incontinencia urinaria, sangrado uterino anormal y miomatosis

uterina. Mientras que para el grupo B todas fueron indicadas por este trastorno (tabla 4). Cabe mencionar, que el prolapso uterino en sus diferentes grados fue encontrado en 146 pacientes del grupo A (86.6%) y en 21 pacientes del grupo B (44.6%), como se muestra en las tablas 5 y 6.

TABLA 4

INDICACION	GPO.A	GPO.B
T.E.P.	105 (48.0%)	15 (32%)
T.E.P. + I.U.E.	91 (41.5%)	24 (51%)
T.E.P. + S.U.A.	8 ( 2.7%)	8 (17%)
T.E.P. + Miomatosis	5 ( 2.2%)	--
DISPLASIA CERVICAL	4 ( 1.8%)	--
S.U.A.	6 ( 2.7%)	--
I.U.E.	2 ( 0.9%)	--

De las pacientes del grupo A a las cuales se les realizó la histerectomía vaginal con el diagnóstico de displasia cervical (4), tres de ellas con displasia leve y la otra con displasia severa.



TABLA 5 GRUPO A

TRANSTORNO	GRADOS		
	I	II	III
PROLAPSO UTERINO N= 148 (88.6%)	50	66	30
CISTOCELE N= 201	54	91	56
RECTOCELE N=84	38	38	9
URETROCELE N= 32	8	13	3
DESGARRO PERINEAL N= 12	5	8	-

TABLA 6 GRUPO B

TRANSTORNO	GRADOS		
	I	II	III
PROLAPSO UTERINO N= 21 (44.6%)	8	9	5
CISTOCELE N=19	3	12	4
RECTOCELE N= 10	6	4	-
URETROCELE N= 8	2	6	-

La técnica descrita en todos los expedientes, corresponde a la descrita por Heaney, con las variantes que en particular maneja cada uno de los cirujanos. De las cirugías empleadas en las pacientes del grupo A, el 94.06% se trató de histerectomía vaginal asociada a otras técnicas quirúrgicas y para el grupo B el 82.9%. Empleándose histerectomía vaginal simple en 13 pacientes (5.9%) y 8 (17%) para el grupo A y B respectivamente (Tabla 7).

TABLA 7

CIRUGIA	GPO. A	GPO. B
HTV	13 ( 5.9%)	8 (17.0%)
HTV + Colpo (*)	113 (51.5%)	15 (31.9%)
HTV + PEREYRA + (*)	59 (26.9)	21 (44.6%)
HTV + KELLY + (*)	29 (13.2%)	3 ( 6.3%)
URETROPEXIA HTV + SUPRAPUBICA	4 ( 1.8%)	--
HTV + **	1 ( 0.4%)	--

(\*\*) Cistjuretropexia a la fascia del Obturador

Para el grupo A se encontró, que 181 (82.6%) culminaron con cúpula cerrada, 21 (9.5%) abierta y 17 (7.7%) no se especificó; mientras que para el grupo B, 36 (76.5%) con cúpula cerrada, 2 (4.2%) abierta y en 9 (19.1%) sin especificar en la descripción

de la técnica.

Observamos que la histerectomía vaginal puede acompañarse de otras técnicas, mismas que corrigen trastornos concomitantes, pero, sin embargo, el tiempo quirúrgico, sangrado y complicaciones pueden incrementarse, sin ser estos factores asociados solo a la histerectomía (tablas 8 y 9)

TABLA 8

TIEMPO QX. (minutos)	GPO.A	GPO.B
30 - 60	6 ( 2.7%)	4 ( 8.5%)
61 - 90	52 (23.7%)	8 (17.0%)
91 - 120	123 (56.1%)	26 (55.3%)
121 - 150	17 ( 7.7%)	5 (10.6%)
151 - 180	16 ( 7.3%)	2 ( 4.2%)
> 180	5 ( 2.2%)	2 ( 4.2%)

TABLA 9

SANGRADO (ml.)	GPO.A	GPO.B
100	24 (10.9%)	5 (10.6%)
200	78 (35.6%)	11 (23.4%)
300	55 (25.1%)	26 (55.3%)
400	26 (11.8%)	2 ( 4.2%)
500	11 ( 5.0%)	1 ( 2.1%)
> 600	25 (11.4%)	2 ( 4.2%)

Todos los datos contenidos en las tablas 8 y 9, fueron obtenidos de los registros de anestesia y de enfermería de las histerectomías.

La transfusión sanguínea se utilizó en 10 (4.5%) pacientes del

grupo A y en 2 (4.2%) del grupo B.

Las complicaciones fueron divididas en transquirúrgicas y postquirúrgicas y se encontró lo siguiente:

Transquirúrgicas.- Para el grupo A se presentaron en 5 pacientes lo que constituyó el 2.2 %, de las cuales 3 (1.3%), fueron lesiones vesicales, dos de estas, reparadas en forma inmediata y la otra 9 hrs. después con auxilio de citoscopia, en ninguna de desarrollo fistula posteriormente. Se presentó también 1 paciente con lesión rectal para un 0.45%, que fué reparada en el acto sin desarrollo de fistula y por último una paciente presentó un sangrado profuso (0.45%) una vez que se encontraba en la sala de recuperación, enviándose 1 hr después a la unidad de ginecología para revisión y aplicación de puntos hemostáticos, encontrándose que el sangrado provenia del la cúpula vaginal.

En cuanto al grupo B no se encontraron complicaciones transquirúrgicas.

Postquirúrgicas.- En el grupo A se hallaron 47 pacientes con complicaciones de este tipo constituyendo el 19.1%. La complicación más frecuente fué la fiebre, encontrándose en 25 (11.4%) pacientes, diagnosticándose en 14 (6.4%) infección de vías urinarias, en 7 (3.2%) absceso de cúpula vaginal y 4 (1.8%) de causa inexplicable. Existió retención urinaria en 16 (7.3%) pacientes, requiriendo recolocación de sonda y retirada entre los 3 y 7 días. Una paciente (0.4%) presentó un cuadro de

tromboflebitis de miembro pélvico izquierdo, requiriendo manejo con anticoagulantes durante 6 meses.

Para el grupo B se hallaron 12 (25.5%) pacientes y al igual que en grupo anterior la fiebre fué la complicación más frecuente, misma que se encontró en 9 pacientes (19.1%), de las cuales la infección de vías urinarias se documentó en 7 (14.8%) pacientes, 1 (2.1%) con absceso de cúpula y 1 (2.1%) de causa inexplicable. Las 3 restantes presentaron retención urinaria para un 6.3%, que al igual que en el grupo A requirieron sondeo vesical.

En la tabla 10 se muestran los días de estancia hospitalaria para ambos grupos.

TABLA 10

DIAS DE ESTANCIA	GPO. A	GPO. B
2	10 ( 4.5%)	5 (10.6%)
3	198 (90.4%)	34 (72.3%)
> 4	11 ( 5.1%)	8 (17.1%)

Para los dos grupos, el peso de las piezas quirúrgicas fluctuó entre los 80 y 120 gramos. Para el grupo A el de menor peso era de 50 g y de 240 g el mayor. Para el grupo B de 65 g y de 300 el mayor.

Los reportes histopatológicos revelaron en el grupo A, 105 piezas sin ninguna alteración para un 47.9%, 79 (36%) con adenomiosis y 35 (15.9%) con miomas de diferentes tamaños.

Mientras que para el grupo B se reportaron 27 (57.4%) normales,  
15 (31.9%) con adenomiosis y 7 (14.8%) con miomatosis.

## Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, observamos que el papel que ocupa la histerectomía vaginal en el Instituto Nacional de Perinatología ha tenido pocas variaciones con el tiempo. La indicación más frecuente, en los dos períodos analizados, continua siendo los trastornos de estática pelvigenital según observamos en la tabla 4, en el grupo A la indicación de la histerectomía por estos trastornos, fué en 207 casos (84.5%) ya sea en forma aislada o bien asociada a otros trastornos. Para el grupo B, la indicación se encontró en los 47 casos (100%). La mayoría de los procedimientos se realizó en mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida (41 - 50 años) con multiparidad asociada. El prolapso uterino asociado a otros trastornos de estática pelvigenital continua siendo el factor determinante en la decisión de los ginecólogos de INPer, para realizar una histerectomía vaginal. Estos datos concuerdan con lo encontrado en la literatura (1,4,5,9,20,25,26,28).

En relación a la técnica más comunmente empleada, la histerectomía vaginal + colpoperinoplastia dominó en forma amplia en los dos grupos, tal y como se observa en la tabla 7, en donde 113 casos (51.5%) del grupo A y 15 (31.9%) del grupo B fueron resueltos mediante esta técnica. Por otro lado hay que mencionar que la histerectomía vaginal + Pereyra, presentó un incremento

del 26.9% encontrado en el grupo A, a un 44.8% del grupo B, con esto último, un incremento en la tendencia actual en el uso de esta técnica ocasionado por los buenos resultados que tiene en cuanto a la resolución de la incontinencia urinaria genuina de esfuerzo (11, 12).

La histerectomía abdominal continúa teniendo preferencia en la operatoria actual dentro del Instituto Nacional de Perinatología, tal y como lo demuestra Garza Rios y cols. (10) en un análisis de 400 casos de este procedimiento en el INPer durante los últimos tres años. En donde la indicación dominante para este estudio lo constituyó la miomatosis uterina en 283 casos (70.75%), observándose en 64 casos (18%) como indicación del procedimiento a los trastornos de estática pelvigenital asociada con incontinencia urinaria y en 12 (3%) con hiperplasia de endometrio como causa de sangrado uterino anormal, dándonos cerca de un 20 % de procedimientos en los que pudo haberse tomado en cuenta la vía vaginal para su resolución. Este último porcentaje refleja la preferencia que la vía abdominal continúa teniendo sobre la vaginal en la comunidad médica del INPer. Por otro lado, el objetivo de este trabajo en relación a la motivación en la evaluación de las pacientes programadas para histerectomía para considerara la vía vaginal, no fué de todo aceptado originado esto tal vez a que existe cierto desconocimiento que acarrea desconfianza en algunos para el empleo de esta vía; hecho que hay que tomar en cuenta, considerando los beneficios que la



histerectomía vaginal puede tener para algunas pacientes y dar una atención de más calidad. O bien, los criterios anteriores han persistido y continúan siendo válidos.

De las complicaciones transoperatorias encontradas en el grupo A 5 casos (2.2%) de 219, 1.3% de lesiones vesicales no se aleja de la reportada en la literatura del 0.3 al 0.8% (1,4,5,8), lo mismo que para el 0.45% de lesión rectal y sangrado profuso. No se encontraron fistulas a largo plazo. Para el grupo B no existieron este tipo de complicaciones.

De las postquirúrgicas la que se presentó con mayor frecuencia fué la morbilidad febril en ambos grupos, 11.4% para el grupo A y 19.1% para el grupo B. La mayoría fué a causa de infección de vías urinarias 8.4% y 14.8% respectivamente. El Dr. Delgado en 1969, encuentra fiebre en el 10% de 300 casos de histerectomía vaginal (5), la causa de esto sea tal vez el manejo en ocasiones traumático de la sonda y atonía vesical que a su vez conduce también a la retención urinaria, que en este estudio fué de 7.3% y 6.3% para los grupos A y B respectivamente. El absceso de cúpula vaginal que para el grupo A es del 3.2% y para el grupo B de 2.1%, semejante a lo encontrado por el Dr. Delgado en 8 casos de 300 haciendo esto un 2.6%, mientras que otros autores reportan una disminución en la frecuencia de esta complicación. La causa de esta disminución es originada por el ya cada vez más frecuente uso de antibióticos profilácticos y a la preferencia de algunos cirujanos en dejar la cúpula vaginal abierta junto con la colocación de drenajes que evitan la acumulación de secreciones

que predisponen a esta complicación.(25)

Con los resultados obtenidos durante este trabajo, podemos obtener algunas conclusiones:

1.- La histerectomía vaginal es un procedimiento seguro, que aunque para algunos, su técnica es compleja, para otros resulta una vía excelente para resolver diversos problemas y no solo esto, sino que a su vez reduce costos hospitalarios y para la paciente, proporciona una recuperación más corta haciendo que se readapte a su vida normal en menos tiempo y con menores molestias (28,30)

2.- La mayor incidencia en la realización de la histerectomía vaginal es a causa del prolapso uterino asociado a diversos grados de trastornos de estática pelvigenital, lo que hace a esta técnica el procedimiento de elección para el tratamiento de esta alteración particularmente tratándose de pacientes ancianas.(11,20,29)

3.- La histerectomía abdominal continua teniendo preferencia en el personal médico del INPer, así como en otras instituciones debiéndose hacer una evaluación más cuidadosa de las indicaciones y condiciones para considerar a la histerectomía vaginal como procedimiento a elegir.

4.- La accesibilidad que ofrece la histerectomía vaginal y la posibilidad de resolver trastornos asociados, así como el perfeccionamiento de la técnica y el surgimiento de nuevas

estrategias en el manejo de la incontinencia urinaria (Pereyra) deben influir en la decisión del cirujano en el aprendizaje y experiencia para la utilización de la histerectomía vaginal.

(11,26)

Bibliografía

1.- Amirika H., Evans T.N. Ten-years review of histetectomies: Trends, indications and risk. AM J Obstet Gynecol 1979;134:431-37.

2.- Cruikshank S.H., Cox D.W. Sacrospinous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy. Obstet Gynecol 1980; 162:1611-19.

3.- Cruikshank S.H. Scarospinous fixation- Should this performed at the time of vaginal hysterectomy? J Obstet Gynecol 1981; 164:1072-78.

4.- Dicker R.C., Greenspan J.R., Strauss L.T., et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:841-48.

5.- Delgado U.J., Castro C.F., Ramirez S.E. Indicaciones y complicaciones de la histerectomia abdominal y vaginal. Ginec Obstet Mex 1989; 154:183-189.

6.- Drutz H.P., Cha L.S. Massive genital and vaginal vault prolapse treated by abdominal-vaginal sacropexy with use of Marlex mesh: Review of literature. Am J Obstet Gynecol 1987; 158:387-92.

7.- DeLancey J.O., Starr R.A., Elkins T.E. Incisional hernia of the vaginal apex following vaginal hysterectomy in a premenopausal, sexually inactive woman. *Obstet Gynecol* 1988; 73:880-81.

8.-Easterday C.L., Grimes D.A., Riggs J.A. Hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol* 1983; 62:203-212.

9.- Gitsh G., Berger E., Tatra G. Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172:207-10.

10.- Garza R.P., Quesnel G.B.C., Obeid L.J., Alvarez A.G., Beltrán M.J.C. Histerectomía Abdominal Ginecológica. Revisión de 400 casos. *Memorias de III Congreso de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Mex* 1992; 60 (1):87.

11.- Iris C.S., Barrera P.E., Ramirez M.E., Valiente B.G., Senties C.L. Cirugía ginecológica vaginal en pacientes de la tercera edad. *Memorias del II Congreso de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Mex* 1991; 59 (1):73.

12.- Iris C.S., Villalobos R.M., Peña S.M., Gutierrez V.M. Vázquez G.H. La operación de Pereyra modificada. Indicaciones y resultados. *Memorias de II Congreso de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Mex* 1991; 59 (1): 73.

13.- Iris C.S., Ramirez M.E., Fuentes C.E., Ayala L.J., Martínez P.A. La operación de Symmonds-Pratt en el prolapso de cúpula vaginal. *Memorias del II Congreso de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Mex* 1991; 59(1):72.

14.- Kovac S.R. Intramiometrial Desintegration helping to the vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1986; 67:131-36.

15.- Kovac S.R., Christie S.J., Bindbeutel G.A. Abdominal versus vaginal hysterectomy: a statistical model for determining physician decision making and patient outcome *Med Decis Making* 1991; 11:19-28.

16.- Kudo R., Yamamuchi O., Okazaki T. Vaginal hysterectomy without ligation of the ligaments of the cervix uteri. *Surg Gynecol Obst* 1990; 170:299-305.

17.- Kunhardt R.J. Histerectomia vaginal sin prolapsio uterino. *Cirugia y Cirujanos* 1987; 54: 75-81.

18.- Ledger W.J., Child M.A. The hospital care of patients undergoing hysterectomy: An analysis of 12,026 patients from the Professional Activity Study. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 117:423-29.

19.- Lev G.M., Patel S., Greston W.M., Mc Gill F. Pararenal hematoma as a complication of vaginal hysterectomy. A case report. *J Reprod Med* 1987; 32:68-71.

20.- Lozano E.A., Urdiales S.M., Segovia C.E. Histerocolpotomia en la procidencia del útero en la mujer anciana. *Ginec Obst Mex* 1985; 53:171-73.

21.- Magos A.L., Broadbent J.A., Amsco N.N. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Lancet (letter)* 1991;338:1091-92.

22.- Martius H.: Operaciones vaginales. En Martius H. Operaciones Ginecológicas 6a. edición. Barcelona: Ed. Labor 1951; II:171.

23.- Mattingly R.: Malposiciones del útero. En: Te Linde R., Mattingly R., eds: Ginecología Operatoria 6a. edición Barcelona: El ateneo 1985; 23:472.

24.- Minelly L., Angiolillo M., Caione C., Palmara V. Laparoscopically-vaginal hysterectomy. Endoscopy 1991;23:84-86.

25.- Orr J.W., Sisson P.F., Barret J.M., Ellington J.R., Jennings R.H., Taylor D.L. Single-center study results of cefalotan and cefoxitin prophylaxis for abdominal or vaginal hysterectomy. Am J Obst Gynecol 1988; 158: 714-18.

26.- Panduro B.J., Castañeda A.I., Cueva M.L., Cueva M.E., Fajardo D.S. Histerectomía vaginal vs. abdominal. Memorias del II Congreso de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Mex 1991; 59 (1):74-75.

27.- Porges R.F. Changing indications for vaginal hysterectomy. Obstet Gynecol 1980; 138:153-58.

28.- Reiner J.J. Early discharge after vaginal hysterectomy. Obstet Gynecol 1988; 71:416-18.

29.- Ramirez C.G., O'Farril F.S., Nieto P.G. Tratamiento del prolapso uterino durante la senectud. Ginec Obst Mex 1988; 56:246-50.

30.- Stovall T.G., Summitt R.L., Dereita F., Baran R.N., Ling F.W. Outpatient vaginal hysterectomy: A pilot Study. *Obstet Gynecol* 1992; 80:145-9.

31.- Sheth S.S. The place of oophorectomy at vaginal hysterectomy. *Br J Obst Gynaecol* 1991; 98:662-66.

32.- Scrimgeour J.B., Nig K.B., Gaudoin M.R. Laparoscopy in vaginal hysterectomy. *Lancet (letter)* 1991; 338:1465-66.

33.- Stewart D.W., Gianis T.J. Salpingo-vesical fistula. Rare and unusual complication of vaginal hysterectomy. *Urology* 1990; 36:66-67.

34.- Wingo P.A., Huezco C.A., Rubin G.L., Ory H.W., Peterson H.B. The mortality risk associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:803-8.