

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.

132
2oj.

HISTERECTOMIA VAGINAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. MA. GUADALUPE VARGAS SALAS



MEXICO, D. F.



1992



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.

TABLA DE CONTENIDO

PAGINA.

RESUMEN.

I. INTRODUCCION

A. ANTECEDENTES	1
B. SITUACION ACTUAL	4
C. OBJETIVOS	5
D. JUSTIFICACION	5

II. MATERIAL Y METODOS

6

III. RESULTADOS

7

IV. DISCUSION

9

V. CONCLUSIONES

12

VI. ANEXOS

13

VII. BIBLIOGRAFIA

49

RESUMEN

Las técnicas para la histerectomía vaginal reconstructiva han sido y son múltiples, evolucionando desde la extirpación del órgano dejando pinza de forcipresión (técnica Weibel) para hemostasia hasta las técnicas actuales que llevan además de la extirpación del órgano la reconstrucción de fascias pélvicas y piso perineal. En el presente estudio y análisis se revisaron 111 pacientes que ingresaron a la unidad de gineco-obstetricia del Hospital General de México, con diagnóstico de estática pélvi-genital, y a quienes se les practicó como tratamiento de su problema histerectomía vaginal reconstructiva.

El promedio de edad fué 50 ± 10.5 , en relación a la paridad de las pacientes, el mayor porcentaje correspondió a multíparas con un promedio de 7.5 ± 3.5 , habiendo correspondido la mayor incidencia a pacientes que no recibieron una atención adecuada en sus partos, sino que fueron atendidas en forma domiciliaria por empíricas, con productos de 3 Kg. o más al nacimiento y en mujeres casadas. El procedimiento anestésico de elección para esta intervención fué el bloqueo peridural. El 88% de nuestras pacientes, mujeres casadas dedicadas a las labores del hogar con residencia en el valle de México. La incidencia de complicaciones fué baja 6.3%, el primer lugar lo ocupó la lesión vesical con 2.7 %. El promedio de tiempo quirúrgico fué de 2.04 ± 0.63 ; es de importancia señalar que más del 50% de la cirugía fué realizada por médicos residentes con supervisión de médico de base. Hay en ginecología operatoria intervenciones que son exclusivamente tributarias de la vía vaginal y que todo intento en desviarlas de ella, las conduce de antemano al fracaso.

INTRODUCCION

Históricamente la histerectomía vaginal es la operación quirúrgica más antigua de la extirpación de útero.

La referencia sobre la primera histerectomía vaginal es del siglo XVI, fue realizada en 1517 por el famoso anatómico italiano Giocano Perengano de Carpi (1).

Posteriormente Andreas Cruce 1560 practicó histerectomía vaginal Marchall y Langenbeck en 1813 practicaron cirugías incompletas por prolapsos uterinos. Sauter de Constanza en 1822 hizo con éxito la primera.

Blundell 1828 y Recamier en 1829 realizaron igualmente la misma operación, éste último en una enferma con una evolución torpida. En la segunda mitad del siglo pasado la situación cambio; la anestesia recién descubierta se perfeccionaba, se adoptan las reglas de asepsia como norma universal en cirugía (2).

La gran mortalidad de ésta operación en su inicio fué la verdadera causa de su olvido. Czerny en 1878, ya en la era séptica tuvo la satisfacción de hacer histerectomía vaginal sistematizando el procedimiento, con aplicación de ligaduras a los ligamentos anchos cuando la aplicación de pinzas a permanencia era la única modalidad practicada en esa época. Posteriormente la técnica de histerectomía vaginal se populariza con Billroth 1880, Schroeder en 1880, Martin 1881, según Zettelman fué Fenger cirujano de Chicago quién publicó una descripción completa de la histerectomía vaginal en 1882, Well 1885 y Jennings fueron los primeros que usaron el principio de la forcipresión de los ligamentos (3). Pean 1887 que fué el pionero en Francia que practicó la

histerectomía vaginal mediante la fragmentación o "Morcellement" del útero y forcipresión de los ligamentos usando las pinzas hemostáticas.

La primera histerectomía vaginal en nuestro país fué realizada por el Dr. Nicolas San Juan 1878. Los pioneros en ginecología y cirugía, especialmente en los tiempos anteriores a las técnicas asépticas demostraron gran habilidad en la extirpación del útero tumoral y sus anexos por la vía vaginal, con mayor seguridad y menor riesgo que por la vía abdominal de manera semejante a nuestros días.

Así en 1889 Dührssen publicó sorprendentes resultados obtenidos en cirugía vaginal con estadística de 1600 operaciones vaginales, con una mortalidad del 2% (4).

Las técnicas para efectuar histerectomía vaginal son 15 y en la actualidad con las variedades que otros señalan pasan de 30.

Entre las indicaciones para la histerectomía vaginal esta CA CU (verrugetoso), que es una variante del CA de células escamosas (5).

Otros autores refieren que el 85.7% fueron por padecimientos benignos como prolapso uterino y miomatosis, y el 14.2% para padecimientos malignos (6). La causa más común de indicación para la histerectomía es el prolapso uterino, principalmente en las mujeres que pasan de los 40 años, haciendo notar que el prolapso total es más frecuente en la sexta década de la vida. En los casos que está indicado extirpar el útero y practicar cirugía plástica vagino-perineal, el autor juzga que la vía vaginal es la que debe seguirse. En los casos de pacientes de edad avanzada, que por distintas causas no pueden exponerse a riesgos operatorios mayores y en las que esté indicada la extirpación del útero, juzga que debe practicarse la

histerectomía vaginal por ser una intervención segura y que representa menos riesgos y complicaciones operatorias. Entre las contraindicaciones menciona: Cirugía pélvica anterior con poca movilidad de útero y anexos, antecedentes de ciertos padecimientos pélvicos inflamatorios, certeza de metrorrijaciones o adherencias anexiales, tumores pélvicos más grandes que una cabeza fetal o tumores intraligamentarios de cualquier tamaño, dolor abdominal bajo o sensibilidad extrema a la exploración no explicables por el examen ginecológico, necesidad de practicar apendicectomía exploradora (22).

Las cefalosporinas son de amplio espectro, bactericidas, todas las rutas de administración son posibles lo que incrementa su utilidad clínica (7, 8, 9, 10).

La profilaxis en la histerectomía vaginal las cefalosporinas de primera y segunda generación son los antibióticos más frecuentemente usados; (11,12,13), como la Ceftriaxona, Cefazolina, Cefamandole, Cefotetan Cefoxitin, Cefalotina, Cefonicid; contraindicandolo en pacientes alérgicos a las cefalosporinas y enfermedades cardiovasculares (14,15,16,17).

En ocasiones se han utilizado las cefalosporinas en combinación con piperacilina (penicilina sintética), doxicilina (tetracilina), metronidazol y clindamicina con respuesta satisfactoria. (18, 19, 20, 21).

En las complicaciones de la histerectomía vaginal se mencionan infección, lesión vesical, prolapso de la ^{CUPULA} cavidad vaginal y hemorragia. (2, 23).

Dentro de las menos frecuentes; fístula salpingo-vesical, hernización del intestino delgado hacia la vejiga es una complicación rara de la perforación de la vejiga (24, 25).

SITUACION ACTUAL

Se puede esperar la ejecución de histerectomía vaginal ordinaria con mortalidad baja, periodo breve de hospitalización. La cirugía actual hace acopio de los conocimientos anatómicos de una región, la fisiología del órgano y los avances tecnológicos que permiten resultados óptimos para la reintegración de un individuo a una vida normal o muy cerca de ella. En esto nos basamos para llevar a las diferentes técnicas que se practican en nuestra unidad, y que deben ser acordes al grado de prolapso y la patología coexistente.

Los prolapsos genitales son muy frecuentes en nuestro medio y comprenden diferentes tipos, siendo en el fondo grados sucesivos de un solo proceso que radica en la insuficiencia de los medios suspensión de la vagina y útero, y principalmente en la disminución de la resistencia del piso pélvico. procesos que evolucionan casi siempre lenta y progresivamente hasta llegar a determinar la exteriorización del cuerpo uterino que arrastra consigo las paredes vaginales, la vejiga y aún el recto. En esencia constituyen una manifestación de estados diatésicos caracterizados por la falta de resistencia de los tejidos musculares y fibrosos de la economía y por lo tanto no es difícil observar que llegan a coincidir con hernias, ptosis viscerales, eventraciones, varices etc. El tratamiento quirúrgico es uno de los temas ginecológicos más ampliamente estudiados y a pesar que a principio de este siglo se han multiplicado las opiniones y las técnicas para resolver este problema, continua vivo el interés de los especialistas a este respecto, como lo demuestra la nutrida literatura que sobre el tema se publica actualmente. No hay seguramente, un tema de

cirugía ginecológica que sea más debatido. Las opiniones basadas en investigaciones y experiencias personales y de grupos son numerosas y cada quién considera honestamente tener la razón para preferir una técnica determinada sobre las otras. La ginecología quirúrgica con tantas y tan diversas técnicas para corregir el prolapso genital, debe tener en consideración el progreso de nuestros conocimientos básicos de anatomía y fisiología a fin de elegir la mejor técnica para cada caso en particular.

OBJETIVOS

- Conocer las indicaciones de histerectomía vaginal.
- Analizar comparativamente la morbilidad y mortalidad de la vía vaginal y abdominal, verificar cual es el porcentaje de una y otra, en relación a diagnóstico, pronóstico, estancia hospitalaria, recuperación y análisis del aspecto biopsico sexual.

JUSTIFICACION

En la actualidad no se practica la histerectomía vaginal con técnicas puras, en algunas ocasiones porque se desconoce la misma y en otras porque el cirujano hace innovaciones a las técnicas clásicas. En este estudio se propone unificar técnicas tomando lo mejor de algunas de ellas.

En este hospital se han formado pioneros en histerectomía vaginal como el Dr. Castillejos, Alfonso Alvarez Bravo, Joaquin Correa, Genaro Zenteno; reafirmando que el Hospital General de México sigue siendo la cuna de estas técnicas vaginalistas.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 111 pacientes que ingresaron a la unidad de Gineco-obstetricia del Hospital General de México. A las cuales se les practicó histerectomía vaginal reconstructiva, en el periodo comprendido entre el 12 de Enero de 1990 al 30 de Agosto de 1991, que cumplieron los siguientes criterios: de inclusión fueron las pacientes con lesión del piso perineal; descenso uterino I-II; miomatosis uterina de pequeños elementos; metrorragias que no ceden con tratamiento médico, sin tener sustrato neoplástico. Los criterios de exclusión fueron: mujeres con inflamación pélvica aguda; cirugía pélvica previa; Ca de cuerpo uterino; miomatosis de grandes elementos; endometriosis pélvica y procesos adherenciales ejem. TB genital.

ANALISIS ESTADISTICO

Descriptiva obteniendose medidas de tendencia central y de dispersión estadística inferencial a traves de la prueba CHI cuadrada.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 384 pacientes, de las cuales 111 (28.9%) correspondieron a histerectomía vaginal reconstructiva y 273 (71.1%) a histerectomía total abdominal.

Histerectomía vaginal reconstructiva 107 (96.3%); con salpingooferectomía 2 (1.8%); salpingooferectomía bilateral 2 (1.8%) (figura 1). Los diagnósticos preoperatorios fueron trastornos de estática pélvica con incontinencia urinaria 76 (68.4%); prolapso genital total 21 (19%); trastornos de estática pélvica más miomatosis uterina de pequeños elementos 10 (9%); prolapso genital total más Ca Cu 2 (1.8%); trastornos de estática pélvica más virus de papiloma humano 2 (1.8%) (figura 2). Con un rango de edad comprendida entre 25 años a 76 años, con una media de 50 ± 10.5 . El 3.6 de las intervenciones fueron realizadas en pacientes menores de 35 años de edad (tabla I).

Con antecedentes personales patológicos en 22 (19.8%) pacientes hipertensas 13 (11.7%); diabéticas 5 (4.5%); cardiopatas 2 (1.8%); epilepsia 1 (0.9%); asmática 1 (0.9%). (tabla II).

El promedio de embarazos fué 7.5 ± 3.5 (figura 3). Hallazgos operatorios 4 (3.6%); 3 procesos adherenciales (2.7%); quiste hidatídico 1 (0.9%). Complicaciones transoperatorias 6 (5.6%); lesión vesical 3 (2.7%); hemorragia 2 (1.8%); sangrado de pedículo uterino 1 (0.9%). Sólo se presentó una complicación postoperatoria, absceso de cúpula, el cual se drenó y tratamiento médico con antibióticoterapia con evolución satisfactoria (figura 4) no hubo mortalidad. La media en tiempo quirúrgico 22.04 ± 0.63 , la cirugía fué realizada por médico residente de tercer año

57 (51.3%); supervisado por médico de base 54 (48.7%) (tabla III).

Tipo de anestesia empleada; bloqueo peridural 104 (93.7%); general intravenosa 4 (3.6%); mixta 3 (2.7%) (figura 5). El promedio de sangrado transoperatorio fué 364±306.6 (tabla IV). En todas las pacientes se manejo con sonda de Foley durante 72 hrs. y antibiótico con antiséptico urinario, ampicilina-mandelamine ó gentamicina-mandelamine en pacientes alérgica a la penicilina. Sólo en 2 (1.8%) fué necesario la transfusión sanguínea en el postoperatorio. El promedio de estancia intrahospitalaria fué 4±0.52 (figura 6,7). Con respecto al estado civil de las pacientes fué mayor en casadas 65 (58.6%); solteras 23 (20.7%); viudas 12 (10.8%); unión libre 8 (7.2%); divorciadas 3 (2.7%). La escolaridad fué, analfabetas 23 (20.7%), saben leer y escribir 19 (17.1%); primaria incompleta 43 (38.8%), primaria completa 20 (18%); secundaria 3 (2.7%); preparatoria 2 (1.8%) (figura 8). La mayoría de las pacientes se dedican a las labores del hogar 98 (88.3%), empleadas 13 (11.7%). Lugar de residencia 57 (51.4%) distrito federal, 30 (27%) Edo. de México; 24 (21.6%) provincia. El peso de los productos 1 (0.9%) menor de 2 Kg; con un peso de 2.5 Kg a 3 Kg 44 (49.6%), 55 (49.5%) peso mayor a 3 Kg. En la actualidad no se realizan técnicas de histerectomía vaginal puras, siendo una de las causas de esto, el desconocimiento de las mismas; algunas de ellas son del Dr. Correa, Weibel-Castillejos, Dr. Alfonso Alvarez Bravo. Por ello describiremos 3 técnicas clásicas de maestros que impartieron sus conocimientos en este hospital y que son conocidos en la Gineco-obstetricia de México. Al final describiremos la técnica que actualmente se realiza en el servicio y cuyas modificaciones han sido producto de serias reflexiones y experiencia de los médicos que trabajan en el.

DISCUSION

Los prolapsos genitales se observaron con mayor frecuencia en multíparas lo que favorece la relajación de fascias, ligamentos y del periné, sobre todo cuando en este ha habido desgarros que favorecen el prolapso, piso perineal que ha sido lesionado a consecuencia de un desgarro obstétrico, se hace insuficiente por no ofrecer la resistencia normal, y en estas condiciones el orificio vulvovaginal es de mayor amplitud y permite que, con los esfuerzos, la pared vaginal anterior haga prociencia entre los labios vulvares. Al bajar la pared anterior de la vagina, arrastra con ella la porción vesical correspondiente (colpocistocele) (28). El problema del tratamiento del prolapso genital debe ser individualizado al caso particular y en atención a una serie de circunstancias y factores que deben guiarlo, más que someter todo caso a una técnica única. De los factores que indudablemente condicionan el tratamiento del prolapso, son en primer término la edad y en segundo término la actividad sexual (29). Las complicaciones de la cirugía vaginal, como la de cualquier otra cirugía son inherentes al acto operatorio agresivo, pero realizando un acto quirúrgico inteligente, meditado, hábil y técnicamente bien planeado no debe haber complicaciones (30, 31). Las complicaciones de esta cirugía son muy variadas y su frecuencia e importancia, varía de unos centros ginecológicos a otros de acuerdo con diversos factores (patología predominante, tipo de intervención efectuada, criterio clínico y quirúrgico adaptados, etc) (32, 33, 34). Preferimos histerectomía vaginal reconstructiva para los casos de ancianas que por sus condiciones de salud general o de padecimientos asociados tienen una disminución de la reserva funcional de la homeostasis requiriendo por lo tanto una operación menos

traumática de corta duración, el sangrado postoperatorio es menor en la histerectomía vaginal reconstructiva, que en la histerectomía total abdominal. Un estudio de 1955-87 de 9.230 pacientes que requirieron histerectomía vaginal la pérdida sanguínea fué mayor de 300 ml, con este procedimiento en 83% de las pacientes las complicaciones operatorias como daño vesical ocurrió en 66 pacientes (0.7%) (26). La fijación de la vagina al ligamento sacroespinoso fué en 48 de 135 pacientes al mismo tiempo que la histerectomía vaginal, las 48 pacientes de este grupo tenían un moderado a severo prolapso útero-vaginal y relajación pélvica sintomática. En 5 pacientes se desarrollo cistocele, en 2 pacientes rectocele, y en una paciente prolapso valvar subsecuente a la cirugía, la morbilidad fué mínima. Los resultados postoperatorios indicaron que la fijación del ligamento sacroespinoso de la vagina, puede ser un procedimiento útil cuando es hecho al mismo tiempo que la histerectomía vaginal (27, 36). Thomas se ha recordado que en su publicación de 1970, fué el primero en describir los resultados impresionantes del uso de antibióticos, profilácticos, como penicilina o cefaloridina o ambos, en pacientes sometidos a histerectomía vaginal como reparación de cistocele o sin ella. La morbilidad febril fué de 63% sin antibiótico y unicamente 3% cuando se administran estos (37). Swartz y Tanares observaron que después de la histerectomía el espacio retroperitoneal contiene de 10 a 200 ml de líquido serosanguinolento, lo que constituye un medio perfecto para el crecimiento de bacterias (38). Osborne y colaboradores sugieren que el endocervix es la fuente principal de contaminación bacteriana durante la histerectomía vaginal (39). En cuanto a las infecciones postoperatorias fuera de la región operada, la más frecuente en cirugía vaginal es la uri-

naría. Esto es, cuando se cateteriza la vejiga en forma permanente por un periodo prolongado de tiempo. Por ello es más común después de las operaciones correctoras de la incontinencia urinaria de esfuerzo. En las demás operaciones vaginales, incluyendo la histerectomía no asociada a plastia suburetral no se deja catetar vesical por más de 48 hrs. Si se utiliza sonda vesical por un tiempo mayor se deberán administrar antimicrobianos (35). Durante la intervención son posibles las lesiones de la uretra, de vejiga o de los ureteres. Las heridas de la uretra son muy raras. Las lesiones de la vejiga son más frecuentes y están en relación con la experiencia del cirujano; se producen más a menudo cuando cicatrices previas o procesos patológicos que adhieren la vejiga. En ocasiones la topografía de la región está muy alterada y se requiere proceder con gran cautela para no lesionar este órgano, la lesión transoperatoria de la vejiga no es, en general un accidente importante, lo que es serio es no darse cuenta de la lesión. La sutura adecuada de la herida vesical en dos o tres planos, el cateterismo permanente por 7 a 21 días y el uso de un antiséptico urinario y un antibiótico resuelve el problema sin consecuencias (35). No parece lógico tratar de dividir la responsabilidad de la operación entre la destreza del cirujano y el antibiótico. Es más importante la técnica quirúrgica cuidadosa y hábil que la dudosa protección que pueden proporcionar los antimicrobianos. Tomando en consideración las referencias asentadas, en la unidad se utilizan antimicrobianos asociado a un antibiótico urinario, el antibiótico usado es ampicilina a la dosis de 4g al día y ácido mandélico 3g al día, durante 48-72 hrs, tiempo que dura la paciente hospitalizada. Consideramos que este manejo, es lo que ha permitido nuestros bajos índices de mortalidad.

CONCLUSIONES

La histerectomía vaginal es la operación de elección a practicar por el ginecólogo; se recurre sin embargo, a la vía abdominal en los casos que está contraindicada la primera es decir, cuando es necesario explorar pelvis y abdomen: En inflamación pélvica aguda o crónica, secuelas de la misma que requieren tratamiento quirúrgico, en pacientes con patología uterina oncológica, radiadas o no y tumoraciones benignas que por su tamaño no pueden extraerse por vía vaginal.

En el presente trabajo se encontró una incidencia mayor en pacientes multiparas y/o con trastornos de estática pelvigénital.

La morbilidad encontrada fué menor comparada con la histerectomía total abdominal. Siendo la mayor morbilidad los problemas urinarios, retención de orina e infecciones secundarias que no sobrepasan el 10%.

El tiempo quirúrgico fué menor que en la histerectomía total abdominal y tiene una indicación especial en pacientes de riesgo alto, hipertensas, diabéticas, cardiópatas, obesas y con padecimientos respiratorios, practicándose con mayor frecuencia después de los 45 años de edad.

En nuestra estadística los días de estancia hospitalaria fueron mayores en la histerectomía vaginal que en la abdominal por el manejo de la sonda vesical.

No hubo mortalidad.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.
UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA.
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____ Edad _____

Exp. _____ Edo. civil _____ Escolaridad _____

Dx. _____

Fecha de cirugía _____ Egreso _____

ANTECEDENTES:

G _____ F _____ A _____ C _____ Fórceps _____ Peso Productos _____

TECNICA QUIRURGICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL EMPLEADA _____

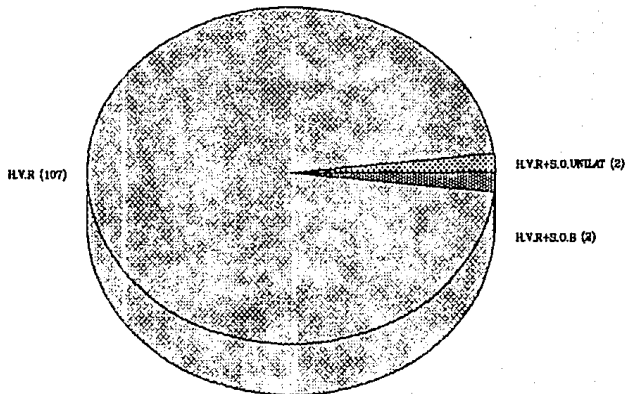
Otro procedimiento quirúrgico realizado _____

Complicaciones transoperatorias: Sí _____ No _____ Tipo _____

Complicaciones postoperatorias: Sí _____ No _____ Tipo _____

Hallazgos quirúrgicos: _____

HISTERECTOMIA VAGINAL



PROCEDIMIENTO

Figura 1

HISTERECTOMIA VAGINAL DIAGNOSTICO

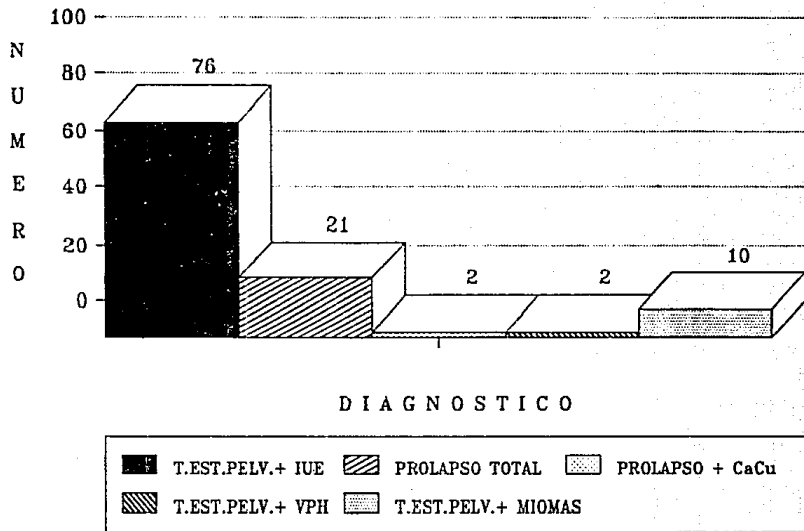


Figura 2

TABLA I

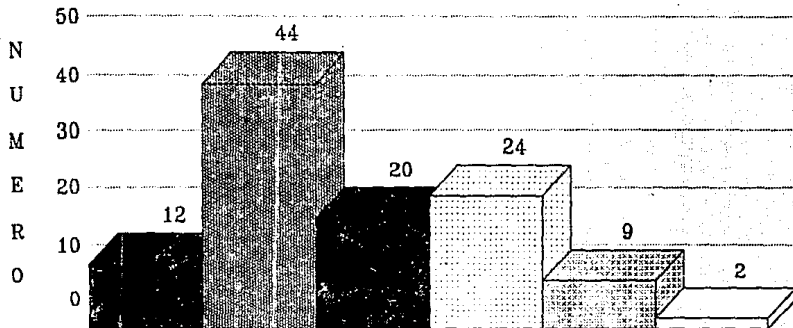
HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA
GRUPOS DE EDAD

ANOS	NUMERO	PORCENTAJE
25 - 35	4	3.6
36 - 45	41	36.9
46 - 55	36	32.4
56 - 65	18	16.2
66 - 75	11	9.9
76 o MAS	1	0.9
TOTAL	111	100

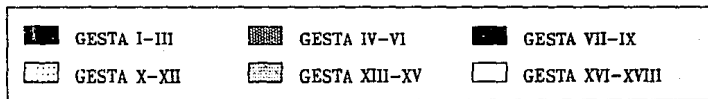
TABLA II
 HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA
 ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES	NUMERO	PORCENTAJE
HIPERTENSION ARTERIAL	13	11.7
DIABETES MELLITUS	5	4.5
INSUFICIENCIA CARDIACA	2	1.8
EPILEPTICA	1	0.9
ASMA BRONQUIAL	1	0.9
TOTAL	22	19.8

HISTERECTOMIA VAGINAL GESTACIONES



G E S T A C I O N E S



HISTERECTOMIA VAGINAL COMPLICACIONES

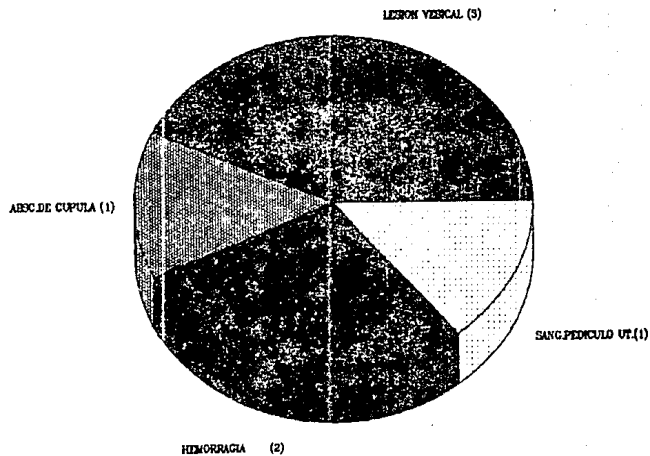


Figura 4

TABLA III

TIEMPO QUIRURGICO EN HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA

HORAS	NUMERO	PORCENTAJE
≥ 2	58	52.2
2.5	37	33.3
3	5	4.5
< 3	11	9.9
TOTAL	111	100

TIPO DE ANESTESIA HISTERECTOMIA

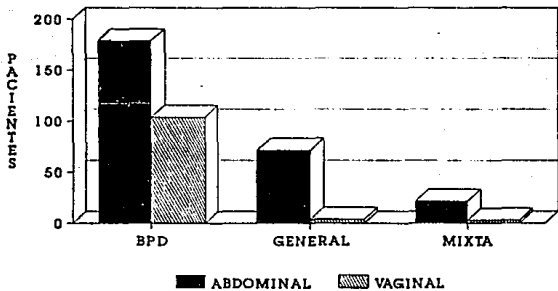


Figura 5

TABLA IV

SANGRADO TRANSOPERATORIO EN HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA

ml.	NUMERO	PORCENTAJE
> 100	1	0.9
150-200	19	17.1
250-300	51	46.0
350-400	24	21.6
450-500	8	7.2
< 500	8	7.2
TOTAL	111	100

DIAS DE ESTANCIA HISTERECTOMIA

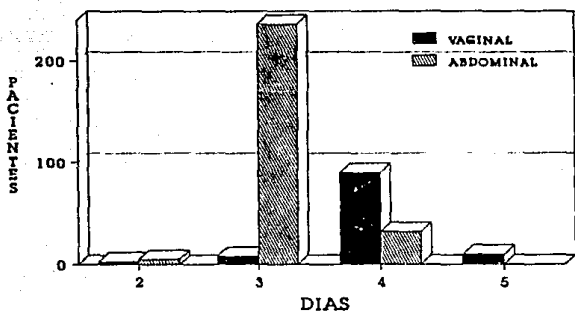


Figura 6

HISTERECTOMIA VAGINAL

DIAS DE ESTANCIA

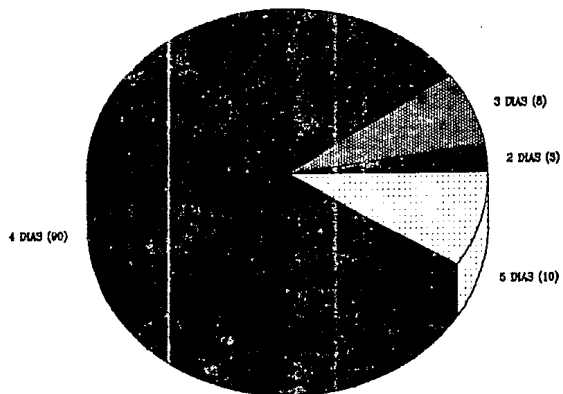


Figura 7

HISTERECTOMIA VAGINAL ESCOLARIDAD

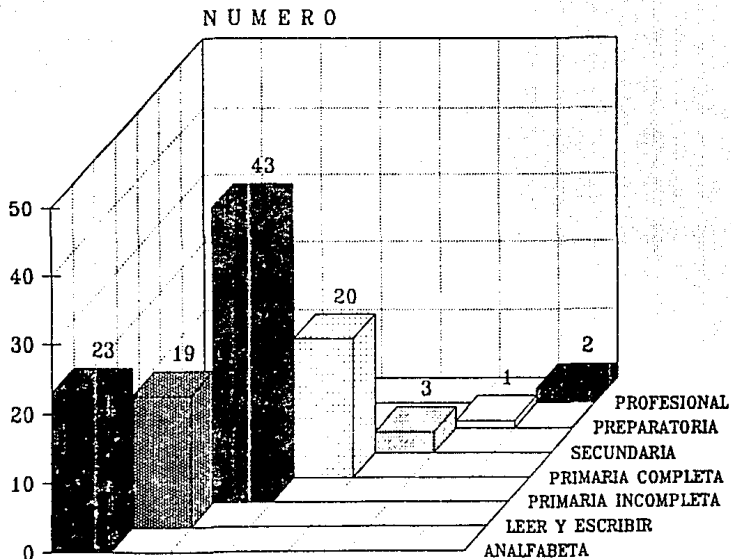


Figura 8

HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA
(TECNICA DR. ALFONSO ALVAREZ BRAVO).

1. La noche anterior se prepara el abdomen y la vulva como para cualquiera otra laparatomía ginecológica. Además, después de una ducha original aplica a la cavidad vaginal un bacteriostático. El recto debe vaciarse por enema.
2. En la sala de operaciones y una vez anestesiada la paciente se hace un nuevo examen pélvico con el fin de confirmar la indicación de la histerectomía.
3. Se lava la vagina generosamente con agua y jabón y se embroca con una tintura antiséptica.
4. Se cateteriza la vejiga con microtalia suprapúbica, con el fin de evitar los inconvenientes del cateterismo vesical transuretral.
5. Se infiltra el espacio subvaginal con solución de xilocaína al 0.5% con epinefrina al 1%, o bien con solución de vasopresina al 1%.
6. En los casos de histerectomía simple se hace un corte circular de la vagina al nivel de su inserción en el cervix. (abordaje de mayo). Para la histerectomía vaginal reconstructiva se disecciona el espacio

vésico-vaginal a la tijera y se corta longitudinalmente la pared vaginal anterior hasta 1 cm. del meato urinario.

7. Se disecciona la vejiga junto con la fascia de Halban hasta descubrir la uretra y el ángulo uretro-vesical posterior.
8. Se secciona el ligamento vésico-cervical (pilares vesicales) y se entra al espacio vésico-uterino, el cual se abre a la tijera introduciendo a través de él una compresa húmeda a la cavidad abdómino-pélvica.
9. Se disecciona la pared vaginal a los lados y atrás y se demuestra el fondo de Douglas el cual se abre también a la tijera.
10. Se hace el pinzamiento y sección del ligamento útero-sacro y la mayor parte del ligamento de Mackenrodt en ambos lados, y se ligan estos pedículos por medio de suturas por transfixión "en ocho"; con catgut No. 1.
11. Pinzamiento sección y ligadura por transfixión en ocho de la porción restante de ligamento Mackenrodt y los vasos uterinos, en ambos lados.
12. Se exterioriza el cuerpo uterino por la celiotomía anterior, se exponen las estructuras altas de los ligamentos uterinos y se

pinzan, cortan y ligan, conjuntamente, en ambos lados, el ligamento redondo, el ligamento útero-ovárico y la trompa. Si es necesario reseca un anexo, la pinza debe tomar el ligamento redondo y el infundíbulo

13. Una vez extirpado el útero se refieren los tres pedículos de cada lado tomándolos con una pinza de Faure. (Técnica Weibel-Castillejos).
14. Se cierra entonces la cavidad abdomino-pélvica con un surgete continuo de vicryl 0, dejando los pedículos exteriorizados a gajos peritoneales vesical y rectal, sino a 3 a 5 cm. arriba, según la profundidad del Douglas. (procedimiento Correa).
15. Se unen en la línea media los pedículos de ambos lados y se recubren con el peritoneo pélvico excedente, el cual se sutura con el mismo material. (procedimiento Correa).
16. Se corrige el ángulo uretro-vesical si es necesario con un punto de Kelly o se hace otro tipo de cisto-uretroplastía si así conviene.
17. Se sutura la fascia de Halban con surgete continuo de vicryl 00.
18. Se resecan las porciones excedentes de pared vaginal anterior y se sutura ésta con puntos separados de catgut No. 0.

19. Se sutura el muñon vaginal con surjete cruzado de catgut No. 0.
20. Se completa la operación, cuando sea necesario, con la reparación perineo-vaginal posterior con o sin miorrafia de elevadores.

En la histerectomía vaginal reconstructiva se unen en la línea media sólo los dos pedículos anteriores para ser recubiertos por el peritoneo pélvico y se fijan los pedículos posteriores, que contienen al ligamento útero-sacro y al de Mackenrodt de cada lado (procedimiento Heaney), a ambos lados del muñon vaginal para asegurar su correcta suspensión (40).

HISTERECTOMIA VAGINAL
(DR. JOAQUIN CORREA)

TIEMPOS DE LA TECNICA:

1.-Tracción y exteriorización del Cuello Uterino. Previa colocación de la valva vaginal de Doyen para deprimir la cara posterior de la vagina y ampliar la abertura vaginal se hace descender el cervix por la tracción de dos pinzas de Muscaux aplicadas en ambos labios del cervix exponiendose ampliamente las vaginales y el cervix.

2.- Corte de la Mucosa de la Pared Vaginal Anterior. Sobre la pared vaginal anterior, se hace un corte en forma de triángulo isósceles cuyo vértice superior se sitúa a medio-centímetro por abajo del orificio uretral, y la base más o menos ancha según la flojedad de la pared, aproximadamente a dos centímetros arriba del límite del cervix, o bien al nivel de las inserciones vésico-cervicales.

3.- Corte Semicircular de las Paredes Vaginales Laterales y posterior. Movilizando el cuello uterino hacia uno y otro lado, se traza un corte semicircular que conecta con el trazo horizontal de la cara vaginal anterior. Este corte se hace oblicuo hacia atrás y abajo en los casos de gran descenso del cuello uterino y en los prolapsos genitales con la finalidad de quitar mayor cantidad de mucosa vaginal a los lados y atrás.

4.- Disección y resección de la Mucosa de la Pared Vaginal Anterior. Con tijera roma y gasa se disecciona la mucosa vaginal anterior, comprendida dentro del trazo triangular. Hemostasis correcta con ligadura de todos los pequeños vasos de esa superficie.

5.- Aislamiento y Corte de los Ligamentos o Pilares Vésico-cervicales

Por medio de disección roma a la gasa, se aíslan los pilares vesico-cervicales de las paredes vaginales laterales y del tejido laxo de ese sitio. Se toma entre dos pinzas cada uno de los pilares y se seccionan. Esta toma debe hacerse al propio nivel del corte transversal de la mucosa vaginal anterior ligadura al catgut N. 1, de cada uno de los pedículos. Este corte y aislamiento de los pilares vésico-cervicales, facilita la disección y deslizamiento hacia arriba de la vejiga, los ureteres y los tejidos subyacentes en conexión con el cuello uterino.

6.- Movilización y Deslizamiento de la Vejiga. Por disección roma a la gasa y los dedos se desliza y separa el tejido laxo perivesical del istmo cervical hacia arriba hasta descubrir el fondo del saco peritoneal, o vésico-uterino.

7.- Celitomia Vaginal Anterior. Deslizados los tejidos anteriores se coloca la valva vaginal anterior, para levantar la vejiga y rechazarla hacia arriba y adelante; se toma un pliegue del tejido exterior del fondo de saco anterior peritoneal y se realiza su corte a la tijera, ampliándolo suficientemente con el mismo instrumento abierto. Se introduce a la cavidad peritoneal, la valva anterior de Doyen así como una gasa húmeda en suero fisiológico, que evitará la exteriorización de asas intestinales y epiplón. Colocada la gasa se retira la valva.

8.- Celitomia vaginal posterior. Disección roma a la gasa de las paredes vaginales laterales y posterior, haciéndoles hacia atrás, se eleva suficientemente el cervix para descubrir el fondo de saco posterior

vaginal y se hace un pliegue grueso de esos tejidos para realizar un corte la celitomía vaginal posterior. Este corte debe hacerse en la parte más próxima al corte de la pared vaginal posterior, con el fin de disponer de un colgajo amplio de peritoneo posterior a la manera de un "delantal", que será utilizado a su tiempo para cubrir y pritonizar los pedículos uterinos con pinzas de Allis. se toman el corte peritoneal y el de mucosa vaginal posterior adosados; de esta manera las pinzas sirven de tractores.

9.- Forcipsesión y Corte de los Ligamentos Utero-sacros y cardinales o de Mackenrodt. Se hace tracción sostenida de cervix hacia un lado para distender los ligamentos del lado contrario. En esa posición, se introduce por la abertura de la celitomía vaginal posterior una de las ramas de las pinzas de Heaney o Weibel, quedando la otra rama hacia afuera sobre el ligamento útero-sacro y parte del cardinal. La pinza debe colocarse ligeramente oblicua de adentro afuera y de abajo arriba, dejando un pequeño espacio entre la pinza y la inserción pélvica del ligamento, proceder que ayuda al manejo y ligadura del muñon del ligamento una vez cortado. En seguida se corta por arriba de la pinza, realizándose la separación del cuerpo del útero. Igual maniobra se ejecuta del lado contrario.

10.- Forcipsesión de las Arterias y Venas Uterinas. Se hace igual tracción del cervix hacia un lado, mientras el cirujano introduce el dedo índice por la celitomía posterior para distender y hacer más aparentes los vasos uterinos y parte superior del ligamento cardinal, sirviendo de guía a la pinza Heaney o Weibel, que toma los vasos y tejido perivascular transversalmente a su dirección. Si es necesario el corte de los vasos se

se hace entre dos pinzas lo más próximo a la pared uterina. Maniobra semejante se hace del lado contrario.

11.- Forcipsión y Corte de los Ligamentos del Infundíbulo pélvico. Se hace tracción del cervix hacia abajo y lateralmente. Se coloca nuevamente la valva vaginal anterior de Doyen por la celiotomía vaginal anterior y se separan las paredes laterales vaginales con separadores especiales o de Sauerbruch o Kocher y se toman los anexos con pinzas de anillos, exteriorizándolos por la abertura de la celiotomía vaginal anterior e introduciendo los dedos índice y medio de la mano izquierda y derecha alternativamente en cada lado a manera de guías, se toma con la pinza de Heaney el ligamento ancho afuera de los anexos cuando éstos se deben extirpar o bien hacia adentro si éstos se conservan. Los dedos introducidos dentro de la cavidad abdómino-pélvica hacen tracción hacia afuera y abajo para distender dicho ligamento y se secciona procurando que sea en su mínimo grosor y anchura igual maniobra en el lado homólogo. así extirpado el útero y los anexos sin que previamente se haya exteriorizado el cuerpo uterino, sino que se va descendiendo progresivamente en forma completa permitiendo de esta manera extraer tumores y cuerpos uterinos muy hipertrofiados sin grandes dificultades, ya que en su exteriorización se hace cuando todos sus ligamentos han sido seccionados previamente.

12.- Revisión del Campo Operatorio y Ligadura Aislada de cada Pedículo.- Después de hacer limpieza del campo operatorio y observar que no sangre nada: se procede a hacer la ligadura de cada pedículo formado, iniciando por el lado derecho del cirujano por ser así más fácil. Colocar

las ligaduras por transfixión en forma de un 8, con catgut No. 2 crómico.

13.- Cierre de la Abertura Abdomino-Vaginal.- Se une con puntos separados al catgut crómico No. 0 y aguja atraumática, el corte del peritoneo vesíco-uterino y el peritoneo recto-uterino de la siguiente manera: El primer punto toma, el extremo del ángulo de corte superior del peritoneo, a medio centímetro abajo de su borde libre, la parte interna o peritoneal del pedículo del infundíbulo-pélvico y del pedículo del útero-sacro y finalmente el peritoneo posterior, pero a tres centímetros atrás de su borde libre con el objeto de dejar una porción de peritoneo posterior como de tres centímetros de ancho abajo de la línea de los puntos de sutura a manera de sobrante o "delantal". En el corte del peritoneo superior se deja también una ceja como medio centímetro libre como ya se mencionó. En el lado contrario se hace un punto semejante al descrito que comprende peritoneo superior. Hacia el centro de la abertura se coloca igualmente puntos separados que sólo comprenden las dos hojas peritoneales, dejando libres las dos cejas ya mencionadas. Se ocluye así la comunicación pelvi-abdominal a la vagina.

14.- Unión de los Pedículos al Centro de la Abertura Vaginal.- Mediante dos puntos en X, con catgut No. 0, se unen arriba los dos pedículos de los infundíbulos-pélvicos y abajo los dos pedículos de los útero-sacos. Se forma así, un diafragma ligamentoso que ocluye el fondo de la abertura vaginal.

15.- Suspensión de la Vejiga y el Fondo Vaginal.- Para este fin se hace pasar un hilo largo de catgut del No. 2 ó 3 que inicia atravesando atravesando de afuera adentro la parte media de la pared vaginal anterior

del lado izquierdo, sigue sub-mucoso hasta encontrar el mufion de los pedículos del infundíbulo-pélvico de ese lado, el pedículo útero-sacro del mismo lado y en seguida del lado contrario tomar el pedículo del útero-sacro, así como el infundíbulo-pélvico de ese mismo lado y siguiendo por la submucosa vaginal se le hace salir por la parte simétrica de la pared vaginal anterior del lado derecho. Se forma un gran punto en U. que abarca paredes vaginales posteriores y los cuatro principales pedículos, que posteriormente al finalizar la intervención, se anudará sobre la pared vaginal anterior después de concluida la colporrhafia anterior. En casos de prolapso genital, si el descenso era muy acentuado, se colocarán uno o dos puntos de sutura que comprenden la pared vaginal lateral y posterior y ambos pedículos útero-sacos, que levantan las paredes vaginales en la porción inferior a la cúpula. El punto total en U, hace subir y aplicar los pedículos ya unidos, contra la pared inferior de la vejiga y peritoneo con el cual formará una buena adherencia. De igual manera al suturarse completamente las paredes vaginales, levantarán la cúpula vaginal, que en igualdad de condiciones se adhiere al peritoneo que cubre los pedículos.

16.- Aplicación del "delantal" de Peritoneo posterior sobrante sobre los Pedículos Cruzados en la Abertura Vaginal.- Para este fin, se colocan puntos de sutura separados o surgete que unen el borde del peritoneo saliente anterior, con el borde libre del peritoneo posterior sobrante a la manera de "delantal", cubriendo totalmente la superficie anterior de los pedículos cruzados. De esta manera dichos pedículos hacen adherencia más íntima y rápida con la vejiga lavantándola y de igual manera lo hacen con la cúpula y paredes vaginales. Por otra parte, se forma un tabique resistente a la manera de diafragma, que ocluye la vagina en su fondo.

17.- Colporrafia Anterior y Corrección del Cistócele.- Si existe cistócele, se reduce mediante una jareta en "bolsa de tabaco o bien si es posible previa disección de la fascia de Halban, se superponen los planos sobre la pared vesical y uniendo los pequeños mufones de los pilares véstico-cervicales sobre la vejiga en su parte más inferior. Con esta maniobra se desvia la dirección de la uretra para formar un ángulo que hace las veces de esfínter. Se termina este tiempo con la sutura de las hojas de la pared vaginal anterior.

18.- Sutura de la Región Posterior Vaginal.- Esta sutura del resto de las paredes vaginales se hace en línea horizontal, puntos aislados que tomen la profundidad, evitándose así el espacio muerto o derrames hemáticos. Suturada la vagina de esta manera, se obtiene una sutura en forma de T invertida.

19.- Levantamiento de la Cúpula Vaginal y Pared Véstico-vaginal.- Terminada la sutura vaginal, se anuda sobre la pared vaginal anterior el hilo de catgut largo que formó el punto en U. Al anudarse sus extremos, se hace ascender a los pedículos peritonizados que aplican las hojillas peritoneales más íntimamente a los elementos que recubren, realizándose así la véstico-colpo-suspensión.

20.- Colpoperincorrafia.- Terminados los tiempos anteriores la operación se complementa siempre con una COLPOPERINODERRAFIA, haciendo la miorrafia de los elevadores del ano, según las técnicas más acostumbradas o como se muestre, teniendo como condición importante hacer miorrafia de los músculos elevadores del ano, con el fin de hacer una correcta

reparación del perineo. Terminada la intervención, se coloca dentro de la cavidad vaginal, un tapón de gasa simple o vaselinada, ligeramente compresivo. Con ello se evita dejar flojas las paredes vaginales durante 24 horas, al cabo de las cuales, se retira para no volver a colocar a la la cavidad vaginal ningún tapón, excepto las curaciones de limpieza y asepsia necesarias en los días siguientes. Si se desea se coloca sonda a permanencia en la vejiga (sonda de Folley o Pezzer), durante 5 días, o bien se indica sondeo vesical cada seis horas durante esos mismos días. Esta precaución sólo la aconsejamos cuando se ha practicado perineorrafia. Colocación de apósito seco sobre el perineo. La enferma debe movilizarse en su cama desde las primeras horas del postoperatorio y levantarla a las 48 horas. Los cuidados y la administración de antibióticos y analgésicos indispensables instaurando la alimentación desde el día siguiente dentro de lo normal. Si se ha colocado sonda vesical, ésta debe ser vigilada en su permeabilidad.

21.- Perineotomía Inter-colpo-rectal.- cuando el útero o los anexos son de mayor volumen y previamente se ha valorado que no podrán ser extraídos por las aberturas practicadas habitualmente, entonces practicamos y recomendamos, antes que los tiempos de la histerectomía, hacer lo que designamos con el nombre de PERINEOTOMIA INTER-COLPO-RECTAL, que es la disección amplia del tabique rectovaginal, separando la la pared vaginal de la del recto, sin alejarse mucho de la zona central. Se inicia esta pequeña operación con una incisión semicircular de concavidad hacia arriba, sobre la mitad de la distancia entre el recto y el límite del orificio vaginal. La disección roma y cortante alternándose,

se lleva hasta el límite del fondo de saco de Douglas sin abrirlo. La hemostásis debe hacerse completa ligando los pequeños vasos y mientras se realizan los tiempos de la histerectomía, se deja una gasa húmeda en suero entre esas paredes recto y vagina. De esta manera la abertura vaginal se amplifica considerablemente permitiendo el descenso de grandes cuerpos uterinos o anexiales, a la vez que facilita los otros tiempos de la histerectomía. Si después de la disección ya mencionada, no fuese suficiente la abertura vaginal, se corta el tabique de vagina en la línea media todo lo necesario, con la cual se obtiene mayor amplitud. La reparación de esta perineotomía, se hace como si se tratara de una colpo-perineorrafia con las mismas condiciones de ella.

OPERACION DE WEIBEL

Weibel fué profesor de ginecología de Viena, escuela que ha tenido tantos nombres famosos como Ertheim, Amrich, Pehems, Ranschner, Zachert, Wunkler, Antoin, Grumberger, etc. Antes de Weibel, se pinzaban los pedículos y se dejaban así durante 24-48 horas, siempre había hemorragia, nunca se cerraba el peritoneo y la "peritonitis ascendente" era frecuente y gravísima. Weibel introdujo:

- a) Ligadura de los pedículos.
- b) Cierre del peritoneo.
- c) Exteriorización de los pedículos que se infectaban.

En al técnica de Weibel se exterioriza el útero por la celiotomía anterior lo cual, no habiendo prolapso, es difícil. Primero se pone un par de pinzas en los ligamentos de Mackenrot y útero-sacros; otro par toma las uterinas, enseguida exteriorizamos el útero, un tercer par de pinzas toma los pedículos superiores. Weibel juntaba los tres pares de pedículos y los exteriorizaba en la cúpula vaginal.

HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA DE WEIBEL-CASTILLEJOS

Es una operación muy sabia, sus tiempos son:

- 1.- Incisión en T o en uso de la pared vaginal anterior, según haya o no cistocele. Nunca uso Castillejos la incisión circular.
- 2.- Disección del espacio vesicovaginal. El desplegamiento del colgajo vaginal no sangra, si lo hace es por lesión de la uterina.
- 3.- Identificar la fascia de Halban.
- 4.- Cortar el ligamento vesíco-cervical.

5.- Elevar la vejiga para exponer el espacio vesico-uterino.

6.- Abrir el fondo de saco vesico-uterino e introducir por él una compresa, lo cual tiene tres ventajas.

a) Retener las asas intestinales, hecho que hoy no tiene tanta importancia dada la relajación que producen los modernos métodos de anestesia.

b) cuando se ha terminado la histerectomía, al sacar la compresa, se viene el peritoneo con ella, facilitando su localización y toma.

c) Es un testigo de sangrado alto, si la compresa aparece manchada de sangre, se debe a un pedículo alto roto.

7.- Llevar el cuello hacia adelante.

8.- Cortar el peritoneo del Douglas.

9.- Tirar bien la vejiga hacia arriba, el útero hacia abajo y despegar suficientemente los colgajos vaginales, con estas tres maniobras, el útero queda lejos del campo quirúrgico. Esta maniobra no debe hacerse en la operación de Shauta.

10.- Exteriorizar el útero a través de la caliotomía anterior, por por medio de dos pinzas de garra colocadas en el cuello y otra en el fondo al juntar las pinzas, aparecen los anexos.

11.- Poner cuatro pinzas de Heaney, dos en cada anexo, una arriba y otra abajo que se cruzan para que no se escape la uterina. La pinza superior toma el ligamento redondo, la trompa y parte del ligamento ancho. La pinza inferior toma los ligamentos de Mackenrodt, utero-sacros y al parte baja del ligamento ancho.

12.- Ligar el pedículo superior por transfijión con catgut crómico del No. 1. Con el cabo más largo se toma el otro pedículo y se anuda,

aflojando la pinza antes de apretar la ligadura y tomarlo nuevamente cuando se ajusta. Juntar las dos pinzas hacia abajo y anudar los dos pedículos con el mismo cabo.

13.- Igual maniobra del lado opuesto. Los pedículos se refieren con una pinza.

14.- Suturar la fascia de Halban con una jareta.

15.- Suturar el peritoneo tomando en la sutura la hoja anterior del peritoneo, la cara interna del pedículo izquierdo y la hoja posterior del peritoneo, continuar con un surgete; en el lado derecho, tomar el respectivo pedículo.

16.- Resecar la pared vaginal sobrante y suturarla.

17.- Tomar un punto con vagina y pedículo en ambos extremos del corte vaginal, dejando los pedículos asomados en la cúpula de la vagina.

18.- Pasar un punto entre uno y otro pedículo para amontonarlos en la en la línea media.

19.- Colpoperinorrafia.

Castillejos hacia cirugía reconstructiva porque dejaba sólidamente fijo el mufón vaginal. Además evitaba las parametritis postoperatorias: como la vagina es séptica, los pedículos se infectaban y se iban traccionando poco a poco hasta que a los 10 días, estaba curada la infección. Con frecuencia se reepitalizaban dejando en la cúpula vaginal una especie de barra fibrosa a veces dolorosa.

La falla de la técnica de Castillejos es que no corrige la incontinencia urinaria; en la actualidad, tampoco hay necesidad de dejar los pedículos afuera. Además los pedículos superiores, según Mc Donald,

puede utilizarse para corregir el ángulo uretrovesical, el hilo toma un pedículo del otro lado, se anudan y se cortan los cabos, el objeto de esta maniobra es que el pedículo quede fijo al ángulo y lo corrija mediante el alargamiento de la uretra.

Los pedículos inferiores se unen y se fijan al muñon vaginal, pero deben dejarse afuera para evitarse las parametritis linfáticas, ayudando con antibióticos. Si los pedículos son voluminosos, se unen en la línea media y no se administran antibióticos para que se pudran, a las dos semanas se examina la enferma para ver si ya se necrosaron.

En resumen, las modificaciones de Caastillejos a la técnica original de Weibel son las siguientes:

- a) Secar el útero por el fondo de saco vesicouterino.
- b) Tostar los pedículos con cuatro pinzas.
- c) Exteriorizar los pedículos ligados a nivel de la cúpula vaginal.

Quando hay prolapso se hace histerectomía vaginal reconstructiva, agregando a la técnica anterior los siguientes tiempos:

- 19.- Sutura de la fascia de Halban.
- 29.- Fijación de los pedículos superiores a la Mc Donald.

3.- Siempre que el Douglas se ancho, se hace la maniobra de Kraus, o plegamiento del peritoneo. Si el Douglas es profundo se disecciona una gran parte de peritoneo que luego se corta, para evitar el enterocele.

HISTERECTOMIA VAGINAL

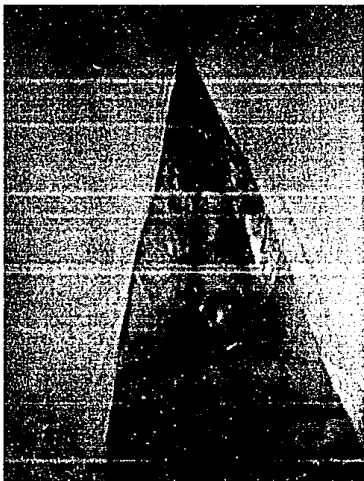
Paciente en posición ginecológica, bajo anestesia de preferencia EFD, sondeo vesical, asepsia y antiasepsia de región bulboperineal y colocación de campos esteriles, se fija lateralmente los labios mayores, se colocan valvas, se localiza cervix. el cual se tracciona con pinza de Pozzi visualizandose así el surco o pliegue vesico-uterino, se practica una incisión circular sobre el pliegue señalado sobre la cara interior de la mucosa vaginal de esta manera se disecciona la mucosa vaginal de la fascia vesico-uterina, se identifican los pilares anteriores de la vejiga, se pinzan, cortan y ligan. se identifica el pliegue vesico-uterino peritoneal anterior el cual se abre, traccionado por su labio posterior y llevandolo hacia adelante y arriba, se abre peritoneo posterior, se pinzan, cortan, ligan, y refieren útero-sacros y cardinales en un solo pedículo, se pinzan, cortan y ligan uterinas, se luxa el útero, se exponen los anexos, si el cistocele es importante se hace el tratamiento de los pedículos superiores. (técnica Cornea), ligamento redondo y el infundíbulo-pélvico se pinzan, cortan, ligan, y refieren en un solo pedículo el ligamento redondo e infundíbulo-pélvico, se peritoniza dejando extraperitonealmente los pedículos; se efectúa corte en cara anterior de vagina sobre la línea media hasta 1 cm. por abajo del orificio uretral que comprende unicamente mucosa vaginal la cual se va despegando con tijera curva dirigida hacia arriba para hacer el despegamiento de planos. Esta maniobra se va repitiendo hasta que la mucosa vaginal se ha separado de la aponeurosis a una distancia de medio centímetro del meato uretral externo.

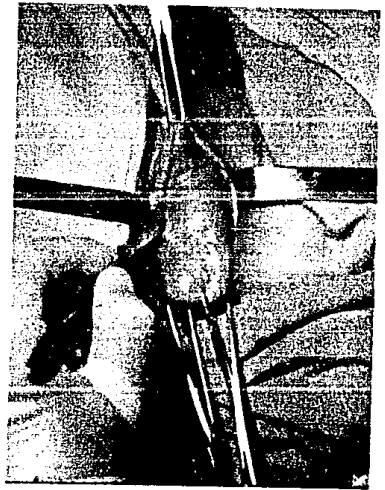
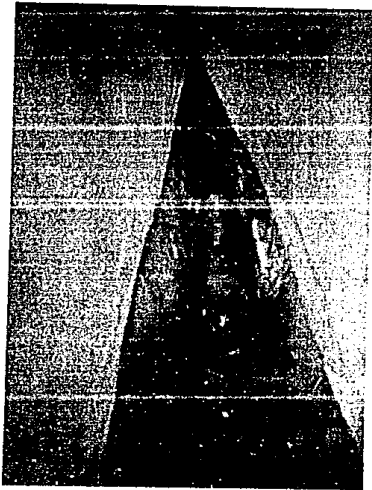
Se tocan con pinzas de Allis los bordes de la mucosa vaginal y con

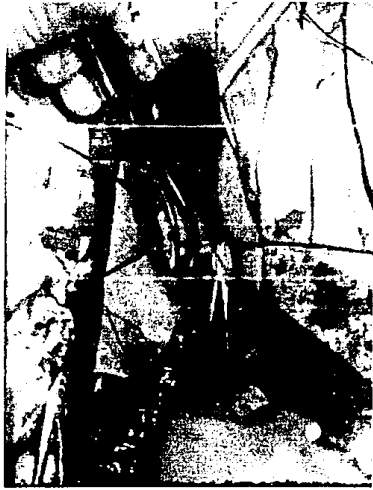
tijera, bisturí o disección roma se separa la mucosa vaginal de la fascia de Halban, la mucosa vaginal se debe disecar lateralmente en una extensión de 3 a 4 cm, se coloca sonda de Foley del No. 16, se insufla globo y traccionando con cuidado se determina la localización del cuello vesical, para delimitar el sitio del esfínter del cuello y ayuda a su reconstrucción.

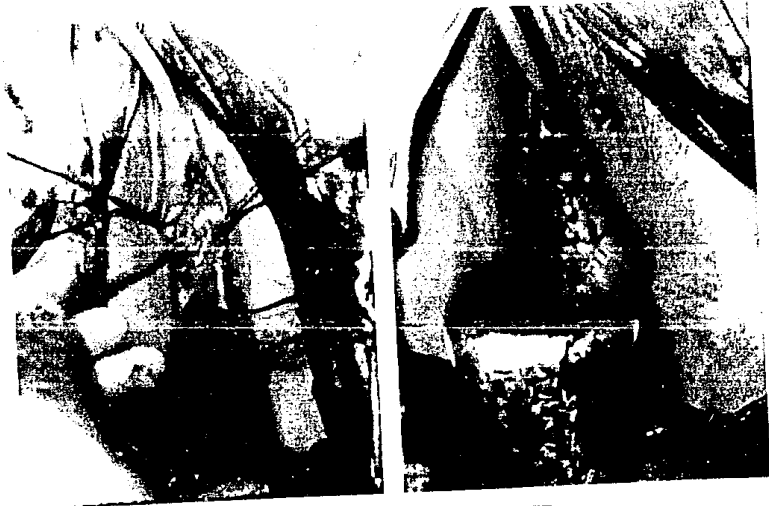
Con la sonda colocada se dan puntos de colchonero con catgut crómico del No. 1 (puntos de Kelly). Uno de ellos se coloca delante de la pared dilatada de la sonda, el segundo punto se coloca delante del primero. Se frunce el tejido situado debajo de la uretra con tres puntos de colchonero, empleando catgut crómico del No. 1, el cistocele se corrige con una buena restauración y afrontamiento de la fascia de Halban, se corta mucosa vaginal redundante y se sutura con puntos separados, previa exteriorización de los pedículos a través de la vagina lateralmente, los cuales se anudan al centro para elevación de la cúpula. Se procede a realizar colpoperineorrafia, colocando dos pinzas de Allis lateralmente en forma simétrica al nivel del borde himenal, la distancia entre ellas será tal que al juntarlas quede un introito suficientemente amplio para poder pasar con facilidad dos dedos. Si las pinzas se ponen a tensión, se pone en la zona limítrofe entre la piel y la mucosa vaginal un repliegue que incidido con el bisturí, permite el acceso a las estructuras más profundas del periné. La mucosa vaginal se disecciona primero con el bisturí y después con tijera, de esta manera se puede llegar al tejido laxo del espacio recto-vaginal donde se consigue fácilmente la separación digital de ambos planos. La pared vaginal se secciona en su parte media y a continuación se reseca el tejido vaginal sobrante, se sutura la fascia prerectal con

surgete continuo, enseguida se efectúa la sutura del músculo elevador cuyos bordes en sus haces pubo-rectales y pubo-coccigeos son accesibles haciendo una pequeña incisión o disección con la tijera en la pared lateral del periné. Para su unión son suficientes dos puntos con catgut crómico del No. 1, por encima del elevador se sutura la aponeurosis superficial del periné terminandose con la plastía de mucosa vaginal.









BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALCANTARA HERRERA, J. Dr. Notas bibliográficas a libros sobre histerectomía en general. Cir. Cirujan. Méx. 1951. 19:9 169-78.
- 2.- Te Linde: Ginecología Operatoria. sexta edición 1987 pág.2.
- 3.- ZETTELMAN H.J: Vaginal hysterctomy C. rend Soc. Fr. gyii:1952 22:2 104-9.
- 4.- HISTERECTOMIA VAGINAL. Dr. Delfino Gallo. 1956, 289-317.
- 5.- Wong WS, Ng CS, Lee CK: Verruscos carcinoma of cervix. Arch Gynecol Obstet. 1990. 247:1 47-51.
- 6.- Chryssikopoulos A, Loghis C: Indications and results of total hysterectomy. Int Surg. 1986, Jul-Sep 71:3 188-94.
- 7.- Hirsch HA: Prophylactic antibiotics in obstetrics and gynecology. Am J Med. 1985, Jun 28; 78:6B 170-6.
- 8.- Hensell DL, Johnson ER, Bawdon RE, Hensell PG, Nobles BJ, Herad MI: Ceftriaxone and cefazolin prophylaxis for hysterectomy. Surg Gynecol Obstet. 1985, Sep 161:3 197-203.
9. Soper DE, Yarwood RL.: Single-dose antibiotic prophylaxis in woman undergoig vaginal hysterctomy. Obstet Gynecol. 1987. Jun. 69:6 879-82.

- 10.- Hemsell DL, heard MC, Nobles RE, Hemsell PG: Single-dose prophylaxis for vaginal and abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1987, Aug. 498-501.
- 11.- Benigno EB, Evrard J, Faro S, Ford LC, LaCroix G, Lawrence WD, Ling FW: A comparison of piperacilli, cephalothin and cefoxitin in prevention of postoperative infections in patients undergoin vaginal hysterectomy. Surg Gynecol Obstet. 1986, Nov. 163:5 421-7.
- 12.- Berkeley, Freedman KS, Ledger WJ, Orr JW, Benigno EB, Gordon SF, MacGregor: Comparison of cefotetan and cefoxitin prophylaxis for abdominal and vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1988, Mar. 158: Pt 2 706-9.
- 13.- Gordon SF: Results of a single-center study of cefotetan prophylaxis in abdominal or vaginal hysterectomy. 1989, Apr. 160:4 1025.
- 14.- Orr JW, Varner RE, Kilgore LC, Holloway RC, McDiarmind M: cefotetan versus cefoxitin as prophylaxis in hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1986, Apr. 154:4 960-63.
- 15.- The Multicenter Study Group: single-dose prophylaxis in patients undergoing vaginal hysterectomy, cefamandole versus cefotaxime. Am J Obstet Gynecol 1989, May. 160:5 pt 1 1198-201.

- 16.- Orr JW Jr, Sisson PF, Barret JM, Ellington JR, Jennings RH, Taylor DL: Single-center study results of cefotetan and cefoxitin prophylaxis for abdominal or vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1988, Apr. 158:3 Pt 2 714-6.
- 17.- Orr JW Jr, Sisson PF, Barret JM, Ellington JR, Jennings RH, Taylor DL: Pharmacokinetics and tissue kinetics of 1 gm cefotetan prophylaxis in abdominal or vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1988, Mar. 158:3 Pt 2 742-3.
- 18.- Hemsell DL, Herad MC, Hemsell PG, Nobles BJ, Bawdon RE: Alteration in lower reproductive tract flora after single-dose piperacillin and triple-dose cefoxitin at vaginal and abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol. 1988, Dec. 72:6 875-80.
- 19.- Hemsell DL, Hemsell PG, Nobles BJ: Doxycycline and cefamandole prophylaxis for premenopausal woman undergoing vaginal hysterectomy Surg Gynecol Obstet. 1985, Nov. 161:5 462-4.
- 20.- Friese S, Willems FT, Loriaux SM, Meewis JM. Prophylaxis in gynecological surgery: a prospective randomized comparison between single-dose prophylaxis with amoxyllin/clavulanate and the combination of cefuroxime and metronidazole. J antimicrob Chemother. 1989, Nov. 24 Suppl B 213-6.

- 21.- Egarter C, Fritz R, Erehm R, Husslein p: prophylactic preoperative use clindamycin and metronidazole in vaginal hysterectomy without pelvic floor repair. Arch Gynecol Obstet. 1988, 244:1 53-7.
- 22.- O'Neal K R : Indications and advantages of vaginal hysterectomy. MISSISSIPI Doctor. 1954, 32:5 137-42.
- 23.- Cruikshank SH: Preventing posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele during vaginal hysterectomy. Am J Obstet gynecol. 1978, Jun. 156:6 1133-40.
- 24.- Stewart DW, Gianis TJ, Bell TE: Salpingo-vesical fistula. Rare and unusual complication of vaginal hysterectomy. Urology. 1990, Jul. 36:1 66-67.
- 25.- Department of Urology, John Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland 21205: intravesical herniation of small bowel after bladder perforation. J Urol.1987, Nov. 138:5 1236-8.
- 26.- Ryuichi Kudo, M.D., Osamu Yamauchi, M.D., Takaya Okasaki, M.D., Setoru Sagae, M.D., Eiki Ito, M.D., and Masayoshi Hashimoto, M.D., Sapporo, Japan: VAGINAL HYSTERECTOMY WITHOUT LIGATION OF THE LIGAMENTS OF THE CERVIX UTERI; SURGERY, Gynecology Obstetrics. April 1990, vol 170, pag. 299-305.

- 27.- Stephen H Cruikshank, M.D., and Donald W. Cox, M.D.: Sacrospinous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1990, Jun. 162:1611-9.
- 28.- Dr. RAMOS ARMAS ALFONSO: Prolapsos genitales. Una técnica para su tratamiento. *Ginecología y Obstetricia de México*, vol VI Mayo-Junio 1951 pág. 181-190.
- 29.- ROVALDO JIMENEZ JORGE: Tratamiento quirúrgico del prolapso genital, mesa redonda: *Ginecología y Obstetricia de México*, vol XIV Marzo-Abril 1959, pág. 131-154.
- 30.- ALVAREZ BRAVO A.: Conceptos modernos sobre cirugía ginecológica. VI congreso latinoamericano, San José Costa Rica 1970.
- 31.- GUTIERREZ MURILLO E. Y L. ORTEGA: Complicaciones en cirugía ginecológica. En temas selectos de Gineco-obstetricia, pág. 157 edición de E. Gutierrez Murillo y E. Vazquez Benitez, México 1967.
- 32.- BRAVO SANDOVAL J.: La morbinatalidad en histerectomía abdominal y en histerectomía vaginal, *Ginecología Obstetrica*, México 1973 33:505.
- 33.- NAVA SANCHEZ R. RUIZ VELASCO, R URIBE ACOSTA Y T. LADESMA GARCIA: La operación de Manchester. 11 complicaciones tardías y futuro obstétrico. *Ginecología y Obstetricia*, México 1973 33:457

- 34.- HINOJOSA RIOS C, BRAVO SANDOVAL, H JUAREZ, L BORJON, R CANTU. Y J MENDEZ GONZALEZ: Valoración a largo plazo de pacientes operadas de incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecología y Obstetricia, México 1973 33:467.
- 35.- Dr. ALVAREZ BRAVO A.: COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA VAGINAL; XIX REUNION NACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 12-15 de Septiembre de 1973, Cholula Puebla.
- 36.- Stephen H. Cruikshank, M.D.: Sacrospinous fixation—should this be performed at the time of vaginal hysterectomy? ; Am J Obstet Gynecol. 1991, Apr. vol 164 pág. 1072-6.
- 37.- Thomsen RJ.: Prophylactic antibiotics for vaginal surgery. A historical addendum. Am J Obstet Gynecol. 1976, 125 pág 270-1.
- 38.- Swartz WH and Tanaree P: T tube suction drainage and/or prophylactic antibiotics: A randomized study of 451 hysterectomies. Obstet Gynecol 1976 vol. 47 pág. 655-70.
- 39.- Osborne NG, Wright RC. and Dubay M. : A possible method to reduce postoperative febrile morbidity following vaginal hysterectomy. Am J. Obstet Gynecol. 1979, vol. 133, pág. 374-78.
- 40.- Histerectomía (Conceptos generales, Histerectomía abdominal, Histerectomía vaginal.
EN: Actualización en Temas de Ginecología y Obstetricia. Oaxaca, Oax. 1984.