

Expertos Invitados

(<http://www.siicsalud.com/main/expinv.htm>)

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC propone escribir sin ataduras a renombrados médicos del mundo.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los artículos de Expertos Invitados aseguran documentación de calidad, en temas de importancia estratégica.

16 - Factibilidad de la Histerectomía por Vía Vaginal en Ausencia de Prolapso Utero-Vaginal



Dr. Rajiv Varma
Columnista Experto de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica.

Función que desempeña: Consultant Urogynaecologist, Department of Reconstructive Pelvic Surgery, Basildon University Hospital, Basildon. Hon Senior Lecturer, University College Hospital London, Londres, Reino Unido.

Otro trabajo de su autoría: Kunde D. Varma R: «Feasibility of performing TVT operation for stress urinary incontinence under general anaesthesia», *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 22(6):663-665, Nov 2002.

Antecedentes

Pese a los avances registrados en la terapia médica y al desarrollo de técnicas de acceso mínimo para la ablación endometrial, el papel de la histerectomía no ha disminuido significativamente en el Reino Unido. En efecto, durante 1998 se llevaron a cabo 62 775 histerectomías en Inglaterra y Gales,¹ y la cifra es aun mayor en EE.UU.: 645 000.² El número de histerectomías abdominales sobrepasa actualmente al de las vaginales, en el Reino Unido, en una proporción de 4:1 para el tratamiento de las enfermedades benignas; esta relación es similar en EE.UU. y otros países europeos.^{3,4} La vía vaginal queda relegada principalmente al tratamiento del prolapso.⁴

Las pacientes sometidas a histerectomía por vía vaginal muestran menos dolor posoperatorio, menos complicaciones perioperatorias, recuperación más rápida y reinserción laboral más temprana que las intervenidas por vía abdominal.^{5,6} El costo de la histerectomía vaginal es también menor que el de la abdominal o la realizada con asistencia laparoscópica; así, su utilización se traduce en significativos ahorros.⁵ Pese a las recomendaciones para el empleo de este abordaje^{6,7} y las sugerencias del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de auditar las indicaciones de histerectomía para establecer la tasa óptima de histerectomías vaginales,⁸ no han ocurrido hasta ahora cambios en la práctica cotidiana. De hecho, las guías publicadas con el fin de determinar la vía de la histerectomía más adecuada sólo han tenido efectos limitados.^{7,10}

Las posibles explicaciones de la falta de progreso en este tema abarcan las preferencias del cirujano, la falta de descenso uterino y la necesidad de más entrenamiento en cirugía vaginal.^{6,10} La histerectomía vaginal (para el prolapso) forma parte del repertorio de cualquier ginecólogo entrenado en el mundo.

Este estudio investiga una estrategia para cambiar la práctica diaria, y detalla los resultados logrados cuando un ginecólogo promedio, sin entrenamiento extra, toma la decisión deliberada de realizar todas las histerectomías por vía vaginal, siempre que ello sea posible.

Métodos

El estudio incluyó todas las histerectomías por patologías benignas (excepto prolapso) llevadas a cabo o asistidas por el autor desde enero de 1994 hasta diciembre de 1998. Fueron excluidas del protocolo las pacientes con neoplasias ginecológicas, enfermedades anexiales o tuboováricas, evidencia de endometriosis extensa con morbilidad uterina asociada, enfermedad fuera de la pelvis que requiriese exploración abdominal o un tamaño uterino mayor que el de un embarazo de 16 semanas.

Se llevó registro de la edad, paridad, peso, antecedentes quirúrgicos de cada paciente, así como de las indicaciones de histerectomía, necesidad de ooforectomía y disminución de los niveles de hemoglobina. Las operaciones fueron calificadas como de complejidad alta (cuando obligó intraoperatoriamente a cambiar la vía) o de complejidad normal. Las complicaciones fueron clasificadas de la siguiente manera: (1) intraoperatorias, (2) inmediatas posoperatorias (ocurridas dentro de las seis semanas), y (3) posoperatorias tardías (acaecidas luego de seis semanas). Se definió como hipertermia posoperatoria a la temperatura superior a 38 °C en dos o más ocasiones, excluyendo las primeras 24 horas posteriores a la operación.

Resultados

En total fueron evaluadas 272 histerectomías de entre las 553 llevadas a cabo en el período de cinco años. Se excluyeron 187 histerectomías vaginales por prolapso uterovaginal y 31 histerectomías abdominales por endometriosis extensa y/o miomatosis uterina (tamaño

Tabla 1. Indicaciones para histerectomía en 272 pacientes.

Indicaciones	HA (n = 97)	HV (n = 175)
Sangrado uterino disfunciona	47	64
Menorragia y dolor	29	61
Miomas	9	29
Neoplasia intraepitelial cervical	3	13
Otro	9	18

Valores indicados como n.

HA, histerectomía abdominal. HV, histerectomía vaginal.

Tabla 2. Comparación entre las características de la histerectomía abdominal (HA) y vaginal (HV), y tasas de complicaciones en los dos grupos.

Características de las pacientes	HA (n = 97)	HV (n = 175)	p
Edad en años [rango (mediana)]	29-82 (41.1)	21-63 (44)	0.4 *
Nulíparas [n]	2	6	0.72
Peso en kg [rango (mediana)]	43-108 (70.2)	45-150 (68.3)	0.3 *
Cesárea anterior [n]	12	10	0.09
Lesión vesical	0 (0.0%)	1 (0.57%)	1
Hemorragia intraoperatoria	6 (6.18%)	3 (1.71%)	0.07
Hemorragia posoperatoria que requiere laparotomía	1 (1.03%)	1 (0.57%)	1
Transfusión sanguínea	3 (3.09%)	2 (1.14%)	0.35

Valores presentados como n (%) a menos que esté indicado de otro modo.

* Prueba t para igualdad de medias

Tabla 3. Evolución de la proporción de histerectomías vaginales + ooforectomías.

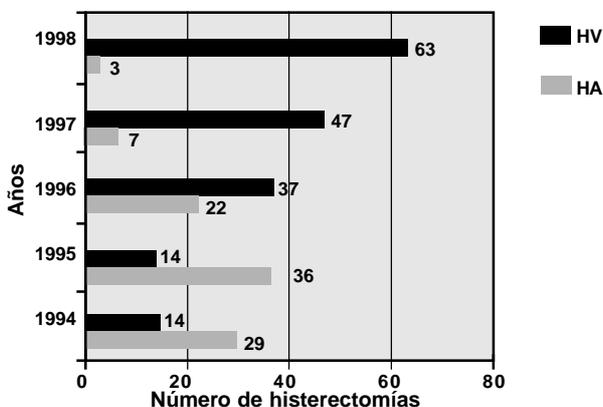
Año	HV + ooforectomía	HA + SO	HV + ooforectomía % del total (IC 95%)
1994	0	12	0% (± 0.0)
1995	1	14	6.6% (± 12.6)
1996	5	5	50% (± 30.9)
1997	8	4	66.6% (± 26.9)
1998	15	2	88% (± 16.9)
Total	29	37	

uterino mayor que el de una gestación de 16 semanas). Las restantes 63 intervenciones excluidas obedecieron a patologías malignas. Las indicaciones para efectuar la operación en los dos grupos están detalladas en la tabla 1 (pag. 58). En estas series, 201 de 272 histerectomías evaluadas (74%) fueron indicadas por la misma forma de disfunción menstrual en ausencia de patología pélvica mayor.

El abordaje en 97 histerectomías fue abdominal y en 175, vaginal. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a las características de las pacientes (tabla 2), específicamente la incidencia de nuliparidad y cesáreas anteriores. La frecuencia de complicaciones fue baja, con valores similares en ambos grupos (tabla 2).

La figura 1 muestra la distribución de las histerectomías abdominales y vaginales realizadas desde 1994 hasta

Figura 1. Gráfico de barras que muestra los cambios en la proporción de histerectomías abdominales y vaginales durante el período de 1994 a 1998.



1998. La proporción de histerectomías vaginales aumentó gradualmente desde 32% en 1994 hasta 95% en 1998.

También se observó incremento gradual de remociones vaginales ováricas: ninguna en 1994, y 82% del total de ooforectomías realizadas en 1998 (tabla 3).

Con el abordaje vaginal ocurrieron sólo dos casos de fracaso; en ellos fue necesario, durante la operación, cambiar la vía vaginal planeada por la abdominal. El primero ocurrió en el tercer año del estudio; existía dificultad para el acceso por la presencia de un arco subpubiano estrecho, y significativa endometriosis uterosacra y en el saco de Douglas. Esta

fue mucho mejor evaluada bajo visión directa por vía abdominal, que aseguró la correcta identificación ureteral y permitió obtener una hemostasia completa. El segundo fracaso ocurrió en el cuarto año; se observó incidentalmente en la paciente un carcinoma ovárico avanzado con ovarios de tamaño normal y compromiso del saco de Douglas. La situación no había sido detectada antes de la operación, y constituye un evento clínico raro.

Discusión

Viabilidad. El estudio demuestra que la vía vaginal para la histerectomía es posible en la mayoría de los casos. Todas las mujeres que requieren histerectomía por problemas menstruales con útero normal o de tamaño moderadamente aumentado podrían acceder a cirugía por vía vaginal mediante un adecuado asesoramiento. Estas pacientes son mayoritarias en nuestra práctica, y creemos que también en todo el mundo. Tal cambio de práctica no requiere que el cirujano lidie con casos dificultosos, representados por grandes úteros o necesidad de ooforectomías vaginales. Y con el incremento de la experiencia, los demás beneficios de la estrategia se harán evidentes.

Hasta el momento, la vía de la histerectomía es generalmente asumida como abdominal o determinada mediante examen pélvico bimanual en la consulta ambulatoria. Tal examen conlleva gran variación interobservador e intraobservador, y parece un elemento débil para definir la viabilidad de la histerectomía vaginal. Sin embargo, cuando esta evaluación es efectuada en la sala de operaciones, el panorama es más favorable de lo que la mayoría de los ginecólogos podrían anticipar. Este cambio en la práctica y en las actitudes promovido por Seth⁷ condujo a la experiencia aquí señalada.

Motivos comúnmente invocados para desestimar la realización de histerectomía vaginal

Falta de prolapso. Existen muchos datos disponibles acerca de la viabilidad de la remoción de úteros no prolapsados por vía vaginal.^{7,11} Nuestra propia experiencia indica que la distancia promedio del cérvix hasta el introito luego de la tracción es de 2.5 cm en la mayoría de las pacientes que no presentan síntomas de prolapso. Aún en el caso de cérvix más grande en vagina, la división del complejo de ligamentos cardinales uterosacros logra significativo descenso cervical en la mayoría de las pacientes, con la consiguiente fácil remoción vaginal del útero. En verdad, siempre pudimos ligar dicho complejo, incluso en el pequeño número de fracasos en cuanto a la realización de una histerectomía vaginal tal como había sido planeada.

Útero grande. La intención de este estudio no fue aspirar a la remoción de grandes úteros, aunque ello ocurrió a medida que aumentaba nuestra experiencia y confianza. Recomendamos el empleo de análogos LHRH para reducir preoperatoriamente el tamaño uterino y el de los miomas. Con este recurso fue posible remover por vía vaginal, después de la reducción, úteros más voluminosos que un embarazo de 18 semanas.³ Con respecto a la extracción de grandes úteros, preferimos la técnica de enucleación y miomectomía a la de bisección uterina. Cuando se encuentran dificultades, ello no obedece usualmente al tamaño uterino sino a la posición de los miomas. Los miomas bajos posteriores y los bajos anteriores subserosos de más de 6-7 cm son los más problemáticos en comparación con los intramurales, superiores o fúndicos, los cuales son habitualmente muy fáciles de remover.

Cesáreas o cirugías pelvianas anteriores. Las cesáreas y las cirugías pelvianas anteriores no constituyeron problema alguno, excepto en un caso que presentaba densas adherencias entre el fondo uterino y la pared abdominal anterior. No consideramos esta situación como contraindicación, y efectuamos histerectomías vaginales en forma rutinaria a pacientes con 2-4 cesáreas previas. En nuestra experiencia, la disección de la vejiga es mucho más fácil por vía vaginal luego de una cesárea previa que por histerectomía abdominal. Otras cirugías pelvianas raramente influyeron en la remoción vaginal del útero.

Necesidad de ooforectomía. En EE.UU., al 50% de todas las mujeres sometidas a histerectomía se les efectúa conjuntamente ooforectomía bilateral.²⁰ El aumento del número de ooforectomías vaginales fue un hecho tardío en el estudio; a medida que nuestra experiencia y confianza aumentaban, este cambio ocurrió en forma automática. Ello no constituye un prerrequisito para el cambio en la práctica médica descrito aquí. La frecuencia de ooforectomía vaginal aumentó rápidamente desde cero hasta un 82% hacia el final del periodo de cinco años. En mujeres premenopáusicas, la remoción ovárica por vía vaginal es usualmente simple de efectuar y no requiere instrumento especial alguno. Pero en aquellas que hayan transitado algunos años de la posmenopausia, el ligamento infundíbulo-pélvico se halla muchas veces significativamente acortado, y por ello es difícil de alcanzar. En estas pacientes, la utilización de un laparoscopio para seccionar los ligamentos infundíbulo-pélvicos puede ser de utilidad. El estudio demuestra claramente que la práctica adicional de ooforectomías no necesita la vía abdominal o de asistencia laparoscópica en la mayoría de los casos.

Nuliparidad. En nuestra experiencia, ha sido sorprendentemente fácil remover los úteros nulíparos; esto podría obedecer al menor tamaño de úteros y cérvices. En estas pacientes se observa a menudo descenso cervical, con cérvices que llegan a 1-3 cm del introito al aplicárseles tracción.

Papel de la laparoscopia

Los defensores de las posiciones más extremas promueven la histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica como técnica para convertir la histerectomía abdominal en vaginal.¹⁹ Ello requiere alto grado de habilidad laparoscópica, equipos costosos y mayor tiempo quirúrgico. El enfoque aquí recomendado no posee ninguna de esas desventajas. Nuestro estudio demuestra claramente que el laparoscopio no es esencial para facilitar la histerectomía

vaginal y que sólo debería ser usado en un pequeño número de pacientes adecuadamente seleccionadas, con sospecha diagnóstica de patologías coexistentes. Nosotros lo utilizamos sólo en un puñado de pacientes durante el periodo del estudio. El motivo más frecuente para realizar una laparoscopia fue la verificación de la hemostasia luego de un procedimiento dificultoso. En dos de esas ocasiones utilizamos diatermia bipolar para efectuar la hemostasia. Una de estas laparoscopias tuvo lugar 4 horas después de concluida la operación, ya que se observaba mucho fluido en el drenaje, y logró suprimir completamente el sangrado.

Cuándo esperar dificultades

La obesidad hace muy difícil remover el útero por vía vaginal. Aún cuando es lógico evitar la realización de procedimientos abdominales en pacientes muy obesas que presentan riesgo de complicaciones posoperatorias, estas mismas mujeres constituyen el grupo en las cuales la histerectomía vaginal podría ser extremadamente dificultosa. La obesidad, en nuestra opinión, reduce la accesibilidad al útero; además, recomendaríamos la ayuda de asistentes experimentados cuando se intenta efectuar histerectomía vaginal en este grupo de pacientes, ya que la necesidad de retracción es mucho mayor que en caso de índice de masa corporal normal.

Nuestro enfoque

Nuestro enfoque fue extremadamente cauto pero con la mente abierta, y se orientó principalmente a adoptar la decisión sobre la vía de remoción en el quirófano, bajo anestesia; la paciente había sido apropiadamente aconsejada. La decisión de realizar la histerectomía por vía vaginal, en nuestra opinión, puede sólo ser tomada luego de iniciado el procedimiento e inmediatamente después de pinzar el complejo de los ligamentos cardinales uterosacros.

Hemos hallado con frecuencia que, luego de comenzar el procedimiento, percibimos que éste iba a ser muy dificultoso, sólo para darnos cuenta posteriormente que era muy simple tras pinzar el complejo de ligamentos cardinales uterosacros. La ausencia de complicaciones demuestra que este enfoque es razonablemente seguro. Más importante aún fue la falta de complicaciones durante la fase inicial del estudio (la curva de aprendizaje, que explica las altas tasas de complicaciones cuando se introducen nuevas técnicas).

¿Cómo podría cambiarse de una vía vaginal planeada a un abordaje abdominal, de un modo seguro y expeditivo? La seguridad de la paciente demanda que, cuando la situación que favorece el cambio está presente durante la operación, debería ser prontamente reconocida sin experimentar sensación de fracaso. Nuestra recomendación es que, ante una dificultad aparente para el abordaje vaginal que obstaculiza el progreso (esto es usualmente evidente para todos en el quirófano), el cirujano solicite a la enfermera circulante que tome nota del tiempo. Así, se podría dejar transcurrir un máximo de 10-15 minutos más antes de abrir el abdomen. Nosotros hemos utilizado a menudo esta técnica en la práctica diaria, y aun luego de finalizar el estudio; sin embargo, la necesidad de cambiar a una vía abdominal surgió sólo en una ocasión en los últimos cinco años.

Cómo lograr este cambio en la práctica

Recomendamos los siguientes pasos simples a aquellos que consideren cambiar la vía de la histerectomía. El cambio, desde la óptica de nuestra experiencia, es m{as bien rápido y sorprendente.

- tomar la decisión de realizar todas las histerectomías por vía vaginal.
- auditar las propias tasas de histerectomía vaginal previas a la decisión en los últimos seis meses.
- elegir inicialmente mujeres que han tenido hijos, con índice de masa corporal y tamaño uterino normales.
- aconsejar a las pacientes teniendo en cuenta el pequeño riesgo de los procedimientos abdominales.
- llevar a cabo las primeras diez histerectomías en pacientes cuidadosamente seleccionadas antes de intentarlo con mujeres con úteros grandes, con cesáreas previas o en primíparas.

Conclusiones

Hay muchos datos acerca de la superioridad de la vía vaginal para la histerectomía.^{5-7,9,11,12-20} Los costos son menores al hacerse más breve la estadía hospitalaria,^{6,10,16,18} y como la histerectomía es la operación ginecológica más común, cualquier ahorro en su práctica ejercerá efectos importantes sobre el costo de las cirugías ginecológicas a nivel mundial. La internación más breve es también un resultado deseable desde la perspectiva de la paciente. No se realizó un análisis de costo-beneficio para medir la influencia de la duración de la internación y del retorno laboral; sin embargo, las pacientes en quienes se practicó histerectomía vaginal refieren que retoman sus actividades normales mucho más rápidamente, y presentan superior calidad de vida que las sometidas a histerectomía abdominal o asistida laparoscópicamente.¹⁷

No hay un estudio de la literatura que haya indagado acerca del cambio de la práctica de la histerectomía en un período de tiempo. La estrategia propuesta es simple, y puede ser aplicada muy fácilmente por cualquier ginecólogo en ejercicio en cualquier parte del mundo; el cambio puede ser muy rápido, tal como lo observamos nosotros, para nuestra sorpresa. El récord de seguridad que hemos demostrado y el éxito práctico de este enfoque debe alentar a todos los departamentos de ginecología a prepararse para investigar este cambio de política. Además, los que no optan por el cambio deberían dar sus razones a pacientes y profesionales de la salud. Más importante aún, deberían analizar sus prácticas para determinar los resultados y el impacto, tanto sobre la calidad de vida de la paciente como sobre los costos hospitalarios, de las histerectomías en sus propias instituciones.

Técnica

El tiempo promedio necesario para realizar la histerectomía vaginal en estas pacientes es de 15-20 minutos, y todos nuestros residentes deberían lograrlo al finalizar sus doce meses de rotación en el equipo. Las pacientes reciben antibióticos profilácticos durante la inducción anestésica y se les permite comer y beber cuando regresan a la sala de recuperación. El tiempo para el alta es decidido según la necesidad de analgesia; la duración promedio de la internación es de 2.5 días (rango 1-5 días).

La mayoría de los procedimientos son efectuados bajo anestesia general; la analgesia espinal es utilizada cuando se considera inadecuada la anestesia general. Se coloca a la paciente en posición de litotomía y luego se la examina para evaluar la movilidad y tamaño uterinos, así como la presencia de masas tuboováricas. No se efectúa cateterización de rutina para vaciar la vejiga.

Se infiltra utilizando 10 ml de marcaína con adrenalina (1 en 200 000). Se realiza una incisión alrededor del cérvix que involucra el espesor total del epitelio vaginal, excepto lateralmente, donde es superficial. Posteriormente, la

incisión es efectuada 1-2 cm más alta. Esto contribuye a ingresar más fácilmente al fondo de saco de Douglas; el epitelio vaginal es luego empujado utilizando una gasa montada sobre el dedo. El peritoneo del fondo de saco de Douglas es generalmente visible en este punto, y es incidido utilizando tijeras de McIndoe. La entrada exitosa en el fondo de saco de Douglas se acompaña habitualmente de la salida de una pequeña cantidad de líquido peritoneal. El epitelio vaginal anterior es sostenido con una pinza de disección con dientecillos, y se efectúa la separación de la vejiga utilizando tijeras inicialmente, y luego en forma roma. La vejiga debe ser rebatida mediante un retractor de pared vaginal anterior de Wertheim; en este punto, el peritoneo es visible, pero no incidido.

Se coloca una pinza angulada durante todo el procedimiento; la primera pinza es colocada generalmente en el complejo de ligamentos cardinales uterosacros izquierdo, y se intenta incluir la totalidad. Este es posteriormente ligado utilizando una sutura de Vicryl® 2'0 montada en una aguja curva de 5/8 (este tipo de sutura se emplea a lo largo de todo el procedimiento). Se cortan todas las suturas con un cabo de 2-3 cm de longitud, y se dejan libres; los pedículos son pinzados y cortados uno a continuación del otro, para evitar el uso simultáneo excesivo de pinzas.

Luego de atar el complejo de ligamentos cardinales uterosacros, los vasos uterinos son pinzados y ligados (se intenta incluir la totalidad del pedículo vascular en una pinza). Las suturas son cortadas a longitudes similares a las del primer pedículo; en este punto, la punta de la pinza ingresa usualmente en el peritoneo anterior. Si el peritoneo no es fácilmente visible en este punto, se procede a su apertura.

Los pedículos de los ligamentos anchos son pinzados, cortados y ligados. Como estos pedículos son a veces largos, acostumbamos a efectuarles diatermia luego de atados. Se tiene cuidado a lo largo de todo procedimiento de evitar dejar vasos entre los pedículos.

En este punto, si se observa algún sangrado, habitualmente es debido a los vasos de las paredes vaginales; todos los pedículos son inspeccionados cuidadosamente antes de cerrar la cúpula vaginal. Esta última es cerrada utilizando sutura continua, comenzando desde atrás y progresando hacia adelante. No se efectúa cierre peritoneal, y las suturas de la cúpula son colocadas cuidadosamente, incluyendo el peritoneo posterior, con el fin de cerrar cualquier espacio existente entre la pared vaginal y el peritoneo. Se incluye el espesor total del epitelio vaginal en las suturas, y se deja un drenaje redivac en la pelvis a través de la cúpula (los puntos de sutura son colocadas cuidadosamente a su alrededor para procurar no incluirlo en un punto).

Se coloca de rutina una sonda de Foley en la vejiga durante 24 horas, y tanto el catéter como el drenaje son removidos a la mañana siguiente. La cantidad promedio de líquido drenado es de alrededor de 70 ml (rango, 10-300 ml). El seguimiento se efectúa mediante un control posoperatorio, generalmente cuatro semanas después del alta. Nosotros dictamos cursos para enseñar nuestra técnica a otros cirujanos, y hemos editado un vídeo que la ejemplifica.

Copyright © SIIC 2003.

Dr. Rajiv Varma

N. de R.: Por razones de espacio editorial, las citas bibliográficas completas se encuentran a disposición de los lectores que las soliciten expresamente a SIIC, Relaciones Profesionales. Tel: (54 11) 4342 4901; Fax: (54 11) 4331 3305; E-mail: relacion@siicsalud.com