

Trabajos Originales

VALIDEZ DE LA PRUEBA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE VÍA ABDOMINAL MANDATORIA

Juan Riquelme P.¹, Luis Fuentes L.¹, Marcela Araya T.¹, Carlos Rojas P.^a

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio.

^a Alumno Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la histerectomía vaginal en la resolución de patología uterina benigna, en casos que habitualmente se resuelven por histerectomía abdominal. **Método:** Estudio prospectivo en 68 pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Servicio de Ginecología del Hospital Claudio Vicuña, de San Antonio, entre junio de 2003 a junio de 2009. Son pacientes sin partos vaginales, algunas nuligestas, la mayoría con cicatrices de cesárea o historia de cirugía pélvica previa. Se separan en dos grupos, uno de dificultad moderada (DM) (útero móvil, vagina >2 dedos de diámetro, fondos de saco bien conformados) y otro de dificultad severa (DS) (útero fijo, vagina <2 dedos, o fondos de saco planos). **Resultados:** No hubo diferencias significativas en edad, número de cesáreas previas, número de cirugías pélvicas previas, tamaño uterino al examen físico, porcentajes de lesión vesical iatrogénica, ni conversión abdominal entre ambos grupos de pacientes. Hubo diferencias significativas en mayor tiempo operatorio y necesidad de morcelación para el grupo DS. Se destaca la ausencia de complicaciones mayores y menores en más del 93% de las pacientes. **Conclusión:** Nuestros resultados desmitifican las objeciones a la vía vaginal, incluso en pacientes definidas de dificultad extrema.

PALABRAS CLAVES: *Histerectomía vaginal, histerectomía abdominal, riesgo quirúrgico*

SUMMARY

Objective: To assess vaginal hysterectomy in benign uterine pathology resolution in cases who are usually resolved by abdominal hysterectomy. **Method:** We studied, prospectively, 68 patients that were operated by vaginal hysterectomy between June 2003 to June 2009 in the Gynecology Service at Claudio Vicuña Hospital, San Antonio. Most of the patients have history of prior cesarean section or pelvic surgery, but no one has had vaginal deliveries, inclusive, some of them, have no history of previous pregnancies. The patients were separated into two groups, moderate difficulty (MD): composed by patients with uterus conserved motility, vagina >2 fingers diameter, well conserved cul de sac, and severe difficulty (SD): composed by patients with none uterine motility, vagina <2 fingers diameter or flat cul de sac. **Results:** We did not observed statistically significant differences in age, number of prior cesarean sections or pelvic surgeries, estimated uterine size, bladder injury, nor abdominal conversion, but there was significant differences in operative time and need of morcelation, being greater in SD patients. It is important to notice the absent of major and minor complications in 93% of the patients. **Conclusion:** Our results are meant to demystify the objections for vaginal route, including the patients with extreme difficulty.

KEY WORDS: *Vaginal hysterectomy, abdominal hysterectomy, surgical risk*

INTRODUCCIÓN

Hay suficiente evidencia disponible para asegurar las ventajas de la histerectomía vaginal para tratar patología benigna uterina (1,2,3,4,5,10,11). El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, muestra un aumento de la histerectomía vaginal sin prolapso, incluyendo el grupo de pacientes con indicación de vía abdominal mandatoria (núlparas vaginales, cicatrices de cesárea previas, laparotomías pélvicas, útero grande, vagina estrecha, escasa o nula movilidad uterina), mostrando resultados comparables con otras series publicadas (2,5,6,7,8,10,11). Es así que hubo un aumento de la histerectomía vaginal sin prolapso de 58,1% en 2004 a 69,9% en 2008, y una reducción de la histerectomía abdominal de 41,9% a 30,1% respectivamente.

Esto producto de que creemos que los antecedentes clínicos y el examen físico ginecológico, tienen un limitado valor predictivo, dadas las ventajas de la histerectomía vaginal sobre la abdominal, es que estimamos que se debe intentar la histerectomía vaginal, incluso en casos de dificultad extrema, estableciendo el concepto de "prueba de histerectomía vaginal".

El objetivo de este estudio es evaluar prospectivamente el uso de la "prueba de histerectomía vaginal", en la resolución quirúrgica de patología uterina benigna.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio prospectivo comprendido entre junio de 2003 a junio de 2009. Las pacientes fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Comprende a 68 pacientes con patología quirúrgica uterina benigna, resueltas mediante histerectomía vaginal, sin otros procedimientos agregados.

El criterio de selección de las pacientes fue la decisión de una junta médica, en la que hubo consenso unánime que los casos tenían indicación formal de histerectomía por vía abdominal. Es así que todas las pacientes no tenían partos vaginales previos, algunas eran nuligestas, otras con una o varias cicatrices de cesáreas o cirugías pélvicas previas, o vagina considerada "poco accesible".

Las pacientes fueron diferenciadas en dos grupos: Dificultad Moderada (DM) y Dificultad Severa (DS), según antecedentes clínicos y examen ginecológico (Tabla I). Basta una de las características de DS para ser catalogada como tal (ejemplo: si tiene útero móvil, fondos de sacos normales, pero con vagina definida como estrecha). Se excluyen

las pacientes con mioma "en bola de cañón" voluminosos, el prolapso genital y la patología genital maligna.

Tabla I
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PARA DEFINIR GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA

Característica clínica	Dificultad	
	Moderada	Severa
Movilidad uterina	Móvil	Fijo
Diámetro vaginal	> 2 dedos	< 2 dedos
Fondos de saco planos	No	Sí

A todas ellas se les aplicó la "prueba de histerectomía vaginal", consistente en iniciar la cirugía vaginal y una vez seccionados los ligamentos útero sacros, cardinales y arterias uterinas, se toma la decisión de seguir por esta vía o bien convertirla a la vía abdominal. Todas las pacientes otorgaron previamente su consentimiento informado.

Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba de t de Student y de significancia para dos proporciones. Se fijó un valor $p < 0,05$ como diferencia significativa.

RESULTADOS

La comparación de las variables clínicas entre los grupos según grado de dificultad quirúrgica, no mostró diferencias significativas para edad, cirugías pélvicas o cesáreas previas y tamaño uterino homologado a semanas de embarazo (Tabla II).

En la Tabla III se presentan las características y complicaciones según grado de dificultad quirúrgica. Destaca que el promedio de tiempo quirúrgico del grupo DM fue de 46,8 minutos v/s 51,3 del DS, diferencia significativa ($p=0,0021$). Para la extracción del útero por vía vaginal, hubo mayor necesidad de morcelación en el grupo con DS (64,9%) que en el grupo con DM (45,2%), diferencia significativa ($p=0,0261$). El peso uterino promedio de ambos grupos no fue significativa ($p=0,1637$), sin embargo al separar los casos de >400 gramos sí es significativa con 3,2% v/s 13,5% respectivamente ($p=0,0318$). El riesgo de lesión vesical ($p=0,0261$) y de conversión a vía abdominal ($p=0,2249$) fue no significativa. No contamos con asistencia laparoscópica en los casos de fracaso de vía vaginal. No hubo complicaciones mayores en la serie. En el grupo DM hubo 1 infección urinaria baja (3,2%) y 1 hematoma de cúpula vaginal (3,2%). En el grupo DS hubo 1 hematoma de cúpula (2,7%) y 1 absceso de cúpula (2,7%). Todas las complicaciones fueron resueltas en forma ambulatoria con drenaje espontáneo o con antibiótico oral según el caso.

Tabla II
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS
PACIENTES SEGÚN GRADO
DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA

	Dificultad *	
	Moderada	Severa
Pacientes (%)	31 (45,6)	37 (54,4)
Edad (años)	44,2 (33-64)	45,8 (39-55)
Cesáreas previas (rango)	2,2 (1-4)	2,1 (0-4)
Cirugía pélvica previa (%)	16 (51,6)	14 (37,8)
Tamaño uterino (semanas)	9,4 (6-12)	10,1 (6-16)

* Diferencia no significativa ($p > 0,05$).

El alta hospitalaria fluctuó entre 2 y 3 días en el grupo DM, y 2 a 7 días para el grupo DS, siendo las medias de 2,4 y 2,5 días, respectivamente, diferencia no significativa ($p=0,4879$). El control diferido al mes mostró dos casos de infección urinaria baja (5,4%) en el grupo DS y ninguno en DM, resueltos con nitrofurantoina oral. El estudio anatomopatológico mostró mioma uterino en DS de 97,9% y para DM de 93,5%, sin patología maligna en los grupos.

Todas las pacientes recibieron anestesia espinal. En ambos grupos no hubo necesidad de realizar transfusiones sanguíneas.

DISCUSIÓN

Hemos experimentado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, un aumento progresivo de las tasas de histerectomía vaginal en patología benigna sin prolapso, llegando al 70%, comparable a centros de primer orden (9,10,11). Al revisar bibliografía

Tabla III
CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA

Variable	Dificultad	
	Moderada	Severa
Tiempo operatorio promedio (minutos)	44,5	59,5
<60	26	22
60 - 90	4	12
>90	1	3
Morcelación uterina (%)	14 (45,2)	24 (64,9)
Peso uterino promedio (gramos)	207,2	244,9
≤ 280 (%)	25 (80,7)	25 (67,6)
280 - 400 (%)	5 (16,1)	7 (18,9)
>400 (%)	1 (3,2)	5 (13,5)
Lesión vesical (%)	1 (3,2)	2 (5,4)
Conversión abdominal (%)	1 (3,2)	1 (2,7)
Complicaciones		
No (%)	29 (93,5)	35 (94,6)
Infección urinaria (%)	1 (3,2)	0
Hematoma/Hemorragia (%)	1 (3,2)	1 (2,7)
Absceso (%)	0	1 (2,7)

de Kovacs (5,6), Nichols (2), Sheth (11) o Figueiredo y cols (8,9) en la década de los 90, vemos el esfuerzo en sus publicaciones por desmitificar las recomendaciones formales de expertos, respecto de la conveniencia de elegir la vía vaginal, incluso en presencia de cicatrices uterinas, laparotomías pélvicas previas, nuliparidad vaginal, necesidad de anexectomía o frente a la sospecha de adherencias según los antecedentes clínicos, avalados por sus buenos resultados quirúrgicos y lo reproducible de estos. Por esto quisimos llevar un poco más allá la dificultad técnica y comparar un grupo de cierta dificultad, con otro grupo de dificultad extrema que son un real desafío técnico y que requiere de un equipo afiatado y convencido de sus capacidades y sus limitaciones.

El grupo de Dificultad Severa es un desafío importante, pero aún así no nos sorprenden los resultados de nuestro trabajo clínico, pues es esperable tener un tiempo operatorio significativamente mayor, que en promedio es 15 minutos; un riesgo de lesión vesical mayor, que dentro del contexto es una complicación menor y que por lo demás el riesgo de cistostomía iatrogénica aumenta independientemente de la vía en pacientes con cicatrices múltiples (4,10). Es esperable que nos encontremos con úteros más voluminosos, y que eso conlleve mayor uso de técnicas de morcelación. Esto se consigue sin el costo de mayores complicaciones intra y posoperatorias, ni prolongando la estadía hospitalaria. Teniendo todos estos datos internalizados en nuestro flujograma de trabajo y con un equipo quirúrgico afiatado debieran obtenerse resultados similares a los de nuestra experiencia.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados permiten desmitificar las objeciones a la vía vaginal e incluir la prueba de

histerectomía vaginal, incluso en pacientes de dificultad extrema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meeks GR, Harris RL. Surgical approach to hysterectomy: Abdominal, laparoscopic-assisted or vaginal. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40(4):886-94.
2. Nichols DH: *Vaginal surgery*. 4th edition. Baltimore, Maryland, USA: Williams and Wilkins 1996; 2101.
3. Agostini A, Bretelle F, Cravello L, Maisonneuve A, Roger V, Blanc B. Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse: a perspective comparative study. *BJOG* 2003; 110: 515-8.
4. Rooney Ch, Crawford A, Vasallo B, Kleeman S, Karram M. Is previous cesarean section a risk for incidental cystostomy at time of hysterectomy?: a case-controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2041-4.
5. Kovac SR. Clinical opinion: guidelines for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(2):635-40.
6. Kovac SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995;85(1):18-23.
7. Doucette R, Sharp H, Alder S. Challenged generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(7): 1386-91.
8. Figueiredo NO, Figueiredo O, García E, García P. Histerectomía vaginal: o laparoscópico e necessário?. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998;20(9):537-40.
9. Figueiredo NO, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi III M, Pelosi M. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus: experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol* 1999;94(3):348-51.
10. Franck Ch, Castro P, Bravo E, Benett C, Prado J, Carmona A. Evaluación de la histerectomía vaginal en ausencia de prolapso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001;65(5):365-70.
11. Sheth SS. *Vaginal Surgery. We can't we do? Advances in Gynaecology Surgery*. London-San Francisco. GMM. 2002. Chapter 5; 51-64.