

Histerectomía laparoscópica

Laparoscopic hysterectomy

Horlirio Ferrer Robaina, Roberto Clavijo Torres, Linmara Zayas Díaz, Yudiel Rodríguez Cruz, Orlando Mesa Izquierdo, Ediamny Blanco Amaro

Hospital General Docente "Comandante Pinares". Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la incorporación de la cirugía laparoscopia representa un cambio indiscutible en la especialidad de Ginecología, ya que permite la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Objetivo: evaluar los resultados obtenidos con la implementación de la histerectomía laparoscópica como tratamiento definitivo de las enfermedades ginecológicas quirúrgicas.

Métodos: se realizó un trabajo de investigación-desarrollo de tipo explicativo, cuasi experimental. Hubo 140 pacientes con indicación de histerectomía que acudieron al servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Comandante Pinares" desde enero 2013 hasta diciembre 2014. Se controlaron variables como las operaciones y enfermedades ginecológicas previas, las complicaciones transoperatorias y posoperatorias. Así como: tiempo quirúrgico, pérdidas sanguíneas, estadía y costo hospitalario.

Resultados: la cesárea fue la intervención anterior más frecuente y el fibroma uterino la principal enfermedad tratada por este método. Las complicaciones posoperatorias fueron las de mayor incidencia. Disminuyeron variables como pérdidas sanguíneas, tiempo quirúrgico y costos hospitalarios.

Conclusiones: queda demostrado que la histerectomía laparoscópica tiene mayores ventajas biológicas, sociales y económicas.

Palabras clave: histerectomía endoscópica; cirugía endoscópica; histerectomía; histerectomía abdominal.

ABSTRACT

Introduction: The laparoscopic surgery's incorporation represents an indisputable change in the specialty of gynecology, since it permits the realization of diagnostic and therapeutic procedures.

Objective: To evaluate the outcomes from the implementation of the laparoscopic hysterectomy as definitive treatment for surgical gynecological diseases.

Methods: An explanatory and quasiexperimental development investigation was carried out. There were 140 patients with hysterectomy indications who went to the general surgery service at Comandante Pinares General Teaching Hospital from January 2013 to December 2014. Variables were controlled, like operations and previous gynecological diseases, complications during and after operation, as well as surgical time, blood loss, and in-hospital stay and cost.

Results: The cesarean was the most frequent previous operation, and the uterine fibroid was the main disease treated through this method. The postoperative complications were the most common. Variables like blood loss, surgical time and in-hospital cost decreased.

Conclusions: The laparoscopic hysterectomy has proved to have more social, economic and biological advantages.

Keywords: endoscopic hysterectomy; endoscopic surgery; hysterectomy; abdominal hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La cirugía endoscópica desde sus inicios (fin de los años ochenta e inicio de los noventa del siglo xx) tuvo un impacto relevante en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades abdominales, y posteriormente, en todas y cada una de las ramas de la cirugía.¹

Actualmente, se pueden realizar procedimientos con orificios de menor tamaño igualmente efectivos a los que se realizaban mediante cirugía abierta o convencional. Hoy, los estudios iniciales y un diagnóstico certero por la cirugía endoscópica representan uno de los mayores avances de las ciencias médicas.^{2,3}

En la medida en que los cirujanos adquieran mayor destreza y surjan nuevos instrumentos, la laparoscopia se emplea para realizar otras intervenciones desde el esófago hasta el recto, pasando por la pared abdominal y el retroperitoneo, con algunos anexos como la cirugía de tiroides y paratiroides.⁴

Sin embargo, existe un grupo de indicaciones, en los que el abordaje laparoscópico posee características específicas, y en las que el impacto en la práctica clínica ha sido especialmente profundo, como es el denominado de forma genérica "órganos sólidos".^{5,6}

La incorporación de la laparoscopia representa un cambio indiscutible en la especialidad de Ginecología, pues permite la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En la actualidad, gran parte de la enfermedad ginecológica benigna puede ser abordada por esta vía en pacientes adecuadamente seleccionados.⁷

Después del primer reporte por *Reich* en 1989 de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, se inició toda una revolución en el abordaje de la histerectomía.⁸ La histerectomía es el segundo procedimiento efectuado con más frecuencia en las mujeres de edad reproductiva, al ser superado únicamente por la operación de cesárea. En nuestro país, se realizó la primera histerectomía laparoscópica en el año 2001, en el Hospital "Hermanos Ameijeiras".⁹

Las enfermedades ginecológicas representan un elevado porcentaje de pacientes que son intervenidas quirúrgicamente en nuestro hospital, tanto en el servicio de Ginecología como en el de Cirugía General.

Se pretende con este trabajo evaluar los resultados obtenidos con la implementación de la histerectomía laparoscópica como tratamiento definitivo de enfermedades ginecológicas quirúrgicas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio explicativo, cuasi experimental en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Comandante Pinares", ubicado en el municipio de San Cristóbal, provincia de Artemisa, desde enero 2013 hasta diciembre 2014.

El universo estuvo conformado por 307 pacientes intervenidas quirúrgicamente por una enfermedad ginecológica en el período de estudio en dicho hospital. La muestra estuvo formada por 140 pacientes intervenidas quirúrgicamente por el método de Histerectomía laparoscópica.

Para la recogida del dato primario se utilizaron las historias clínicas como fuente principal de información y los datos de interés para la investigación (según variables a estudiar) se vaciaron en una planilla de recolección de datos que se organizaron, clasificaron y resumieron adecuadamente; de manera tal que posibilitó un mejor análisis de la información obtenida. Los resultados se presentan en forma tabular y de figuras, para lo cual se usaron cálculos de indicadores, tratamiento del texto y demás componentes del informe final del paquete Office 2010.

RESULTADOS

La figura se muestra los antecedentes quirúrgicos en las pacientes estudiadas. Se pudo comprobar que la cesárea predominó con un 36 % de incidencia, la conización es otro de los antecedentes quirúrgicos de mayor incidencia en el estudio realizado con un 31 % del total.

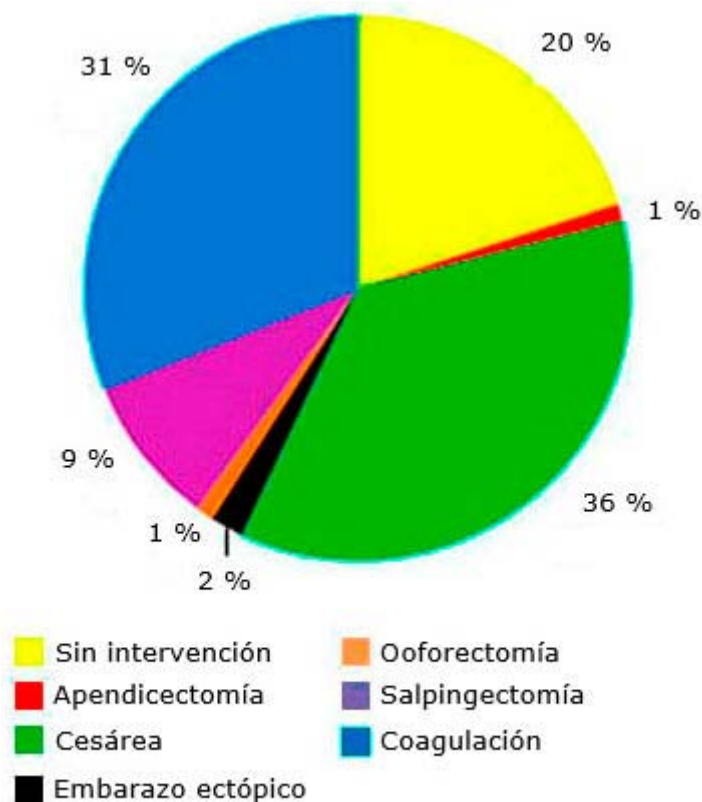


Fig. Antecedentes quirúrgicos expresados en porcentaje.

La tabla 1 presenta las principales complicaciones derivadas del acto quirúrgico. El desgarro vaginal fue la única complicación transoperatoria presentada durante este proceder. La fístula vesicovaginal fue una de las complicaciones posoperatorias presentes en 27,3 % del total de la muestra, en igual proporción con el hematoma de la cúpula.

Tabla 1. Principales complicaciones

Complicaciones	Transoperatorias		Posoperatorias	
	No.	%	No.	%
Desgarro vaginal	1	9,1	0	0
Fístula vesicovaginal	0	0	3	27,3
Hematoma de la cúpula	0	0	3	27,3
Hemoperitoneo	0	0	1	9,1
Infección tractus urinario	0	0	3	27,3
Total	1	9,1	10	90,9

El fibroma uterino constituyó la principal causa de intervención quirúrgica tratada por la histerectomía laparoscópica en un 39,3 % del total de pacientes estudiados (tabla 2). La segunda causa fue la neoplasia intraepitelial grave (NIC III) (27,8 %), persistente después de evaluadas por varias citologías y una conización en consulta de patología de cuello en el Hospital General Docente "Comandante Pinares". Como tercera causa, se trató la neoplasia intraepitelial moderada (NIC II) (22,8 %).

Tabla 2. Principales enfermedades tratadas por esta técnica quirúrgica

Enfermedades	Prevalencia	%
NIC II	32	22,8
NIC III	39	27,8
Displasia Endometrial	3	2,1
Hiperplasia Endometrial	5	3,7
CIS. Cuello Uterino	6	4,3
Fibroma Uterino	55	39,3
Total	140	100

Los resultados mostrados en la tabla 3 evidencian una disminución del tiempo quirúrgico promedio en 71,9 minutos. Con ello disminuyen las complicaciones propias de la anestesia y del neumoperitoneo.

Tabla 3. Variables quirúrgicas de la histerectomía laparoscópica

Variables quirúrgicas	Media	Desviación típica
Tiempo quirúrgico	71,9 min	24,6 min
Pérdidas sanguíneas	88 mL	78 mL
Estadía hospitalaria	19 h	3,2 h

Se demostró que las pérdidas sanguíneas disminuyeron. Se obtuvo como promedio solo 88 mL en este proceder, y la estadía hospitalaria fue 19 horas como promedio. El costo promedio de la histerectomía convencional es de \$2 537,00; mientras que el de la histerectomía laparoscópica es de \$1 094,00. Esto representa un 43,1 % menos del total de los costos, lo cual le ahorra a la institución por este concepto \$1 443,00, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Costo de los distintos métodos utilizados para la Histerectomía

Tipo de método	Costo
Histerectomía convencional	\$ 2 537,00
Histerectomía laparoscópica	\$ 1 094,00

Fuente: Departamento Economía Hospital "Comandante Pinares".

DISCUSIÓN

Se pudo comprobar que la cesárea predomina con un 36 % de incidencia, lo cual coincide con resultados obtenidos en estudios desarrollados en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" de Perú (1998-2000).¹⁰ Otros estudios —como los realizados en el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"— coinciden al plantear que 47,7 % de las pacientes intervenidas por esta vía de abordaje tienen como antecedente quirúrgico la cesárea.¹¹ En las pacientes con estos antecedentes quirúrgicos, la indicación y posterior ejecución de la histerectomía laparoscópica estuvo condicionada a la accesibilidad que brindó la cavidad pélvica y a los hallazgos encontrados.

El desgarro vaginal como única complicación transoperatoria fue producto de un cálculo incorrecto del peso del útero, causado en el momento de la extracción. Esta complicación no es común. La fístula vesicovaginal como complicación posoperatoria se debió en gran medida a la cesárea como intervención previa y el adiestramiento alcanzado por el personal quirúrgico que desarrolló este proceder. Estudios realizados por diferentes autores como *Portugal*,¹² *Pliego*¹³ y *Morgan*¹⁴ coinciden en plantear que las complicaciones posoperatorias son las de mayor incidencia en esta vía de abordaje.

El fibroma uterino es uno de los diagnósticos más comunes en las pacientes intervenidas quirúrgicamente en los servicios de ginecología y cirugía. Aparece, sobre todo, entre los treinta y cincuenta años de edad. Aunque en la actualidad se identifican más temprano por el uso tan difundido de la ultrasonografía, lo que permite el diagnóstico de tumores muy pequeños, antes de que sean capaces de producir síntomas. Resultados análogos fueron encontrados en estudios realizados por *Nezath*.¹⁵

Con el aumento de la destreza del personal calificado para este procedimiento, la selección correcta de las pacientes con indicación de histerectomía y el instrumental adecuado se reduce considerablemente el tiempo quirúrgico de este proceder, al igual que las pérdidas sanguíneas. Esto incide favorablemente en la aparición de complicaciones transoperatorias y la no conversión en una histerectomía abdominal convencional, lo que al final influye directamente en la reducción de los costos hospitalarios y la rápida incorporación de las pacientes a la vida social.¹⁶ Podemos concluir que la histerectomía laparoscópica -siempre que se realice por personal calificado y con una selección correcta de los casos-, tiene mayores ventajas biológicas, sociales y económicas que la histerectomía convencional, lo cual disminuye significativamente el costo hospitalario.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Castro VJA. La enseñanza en el futuro de la cirugía endoscópica. Cirugía endoscópica, estado del arte o el entusiasmo de lo nuevo. Rev Mex Cir Endoscop. 2002;3(2):55-61.
2. Giday SA, Kantsevov SV, Kalloo AN. Principle and history of natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES). Minim Invasive Ther Allied Technol. 2010;15:373-7.
3. De la Fuente SG, Demaria EJ, Reynolds JD, Portenier DD, Pryor AD. New developments in surgery: Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES). Arch Surg. 2010;142:295-7.
4. Liu SI, Siewert B, Raptopoulos V, Hodin RA. Factors associated with conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic appendectomy. J Am Coll Surg. 2011;194:298-305.
5. Targarona ME. ¿Qué ha significado el abordaje laparoscópico en la cirugía de los órganos sólidos? Cirujano General. 2010[citado 20 de octubre de 2012];32(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>
6. Melman L, Matthews BD. Current trends in laparoscopic solid organ surgery: spleen, adrenal, pancreas, and liver. Surg Clin North Am. 2013;88:1033-46.
7. Zarhi TJ, Toso IJM, Cifuentes SJ, Vacca GF, Stuardo AP. Cirugía endoscópica ginecológica: experiencia de 8 años. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;69(4):279-85.
8. Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA. Hysterectomy Surveillance- United States. 1980-1993. MMWR CDC ServeillSumm. 2010;46:1-15.
9. Sardiñas Ponce R. Histerectomía laparoscópica: experiencia en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2013.
10. Celis A, Sandoval I. Histerectomía Laparoscópica total: una alternativa en cirugía endoscópica. Rev Per Ginecol y Obstet. 2011;47:125-30.
11. Sardiñas Ponce R, Fernández Santiesteban L. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. Revista Cubana de Cirugía [revista en Internet]. 2014 [citado 2017 Mar 14];53(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/173>
12. Portugal EM, Pasano AA, Condori EG, Dueñas D. Trabajo presentado como Tema Libre al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Octubre. 2010;56:294-300.

13. Pliego AR, Celaya R, Juárez JG. Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia: Experiencia con 139 casos (1994-2001). Asociación mexicana Cirugía Endoscópica, A.C. 2012; 3(3): 109-13.
14. Morgan F, López MP. Enseñanza de la Histerectomía Total Laparoscópica en un diplomado universitario de laparoscopia. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(9): 547-52.
15. Nezath C, Bess O, Admon D. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal and laparoscopy assisted vaginal hysterectomies. Obstet Gynecol. 2011; 83: 713-6.
16. Chang WC, Li TC, Lin CC. The effect of physician experience on cost and clinical outcomes of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: A multivariate analysis. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2013; 10: 356-9.

Recibido: 24 de noviembre de 2016.
Aprobado: 27 de diciembre de 2016.

Horlirio Ferrer Robaina. Hospital General Docente Comandante Pinares. Artemisa, Cuba.
Correo electrónico: horlirio@infomed.sld.cu