



Técnica para histerectomía laparoscópica de útero grande con morcelación vaginal para mantener la invasión mínima

Roberto Armando Nevarez Bernal,* Miguel Chaya Hajj,* Mauricio Velázquez Magaña,** Pablo Vilchis Nava,* Eduardo Ibarrola Buen-Abad*

RESUMEN

La aceptación y popularización de la histerectomía laparoscópica ha incrementado exponencialmente su solicitud, teniendo en mente el mejor resultado cosmético que permite que el procedimiento se realice en forma segura, con menor morbilidad y con tiempos quirúrgicos más breves. Se describe una técnica para úteros grandes, con utilización de tres trocates de 5 mm y morcelación vaginal bajo visión laparoscópica directa.

Palabras clave: laparoscopia, cirugía laparoscópica, histerectomía, morcelación vaginal.

ABSTRACT

The advancement and increasing popularity of laparoscopic hysterectomy and the patient's foremost cosmetic concern has made the need for performing laparoscopic hysterectomy in a less morbid and time-consuming manner, we present a technique for large uteri using only three 5 mm entry ports, with tissue morcellation and removal vaginally using the Koh colpo-pneumo occluder.

Key words: Laparoscopy, laparoscopic surgery, hysterectomy, vaginal morcellation.

RÉSUMÉ

L'acceptation et la vulgarisation de l'hystérectomie laparoscopique a augmenté de façon exponentielle votre demande, en gardant à l'esprit le meilleur résultat esthétique qui permet à la procédure à effectuer en toute sécurité, avec moins de morbidité et de courtes durées opératoires. Décrit une technique de grand utérus, avec l'utilisation de trois trocarts de 5 mm et morcellement vaginale sous visualisation directe par laparoscopie.

Mots-clés: laparoscopie, la chirurgie laparoscopique, l'hystérectomie, morcellement vaginal.

RESUMO

A aceitação e popularização da histerectomia laparoscópica aumentou exponencialmente o seu pedido, tendo em mente o melhor resultado estético que permite que o procedimento a ser realizado de forma segura, com menor morbidade e menor tempo operatório. Descreve uma técnica para o útero grande, com uso de três trocates 5 mm e morcellation vaginal sob visualização direta laparoscópica.

Palavras-chave: laparoscopia, cirurgia laparoscópica, a histerectomia, morcellation vaginal.

* Médico ginecoobstetra, postgrado en Cirugía Endoscópica Ginecológica avanzada, profesor adjunto del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia.

** Médico ginecoobstetra, biólogo de la reproducción humana, profesor asociado al Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

*** Profesor asociado al curso de especialización en Ginecología y Obstetricia.
Centro Médico ABC.

Correspondencia: Dr. Roberto A. Nevarez Bernal. Av. Carlos Graef Fernández 154-335. México 05300 DF. Correo electrónico: rnevarez@me.com

Recibido: noviembre 2012. Aceptado: noviembre 2012

Este artículo debe citarse como: Nevarez-Bernal RA, Chaya-Hajj M, Velázquez-Magaña M, Vilchis-Nava P, Ibarrola-Buen-Abad E. Técnica para histerectomía laparoscópica de útero grande con morcelación vaginal para mantener la invasión mínima. Ginecol Obstet Mex 2012;80(12):769-771.

La evolución dinámica de la cirugía laparoscópica ha hecho que la histerectomía por vía laparoscópica sea una de las principales formas de tratamiento quirúrgico en muchos centros alrededor del mundo.^{1,2} Al ser esta modalidad quirúrgica solicitada por mayor número de pacientes, requiere estrategias para disminuir la morbilidad, y mantener los mejores resultados cosméticos.

Por tradición, para realizar una histerectomía laparoscópica se han utilizado 3 a 5 trocates.³ La tendencia actual hace que nos esforcemos en usar menos puertos y de menor calibre; por tanto, deben diseñarse estrategias que permitan este propósito. Enseguida se reporta nuestra técnica en la que sólo se utilizaron tres puertos de 5 mm para varios úteros grandes, con morcelador por vía vaginal.

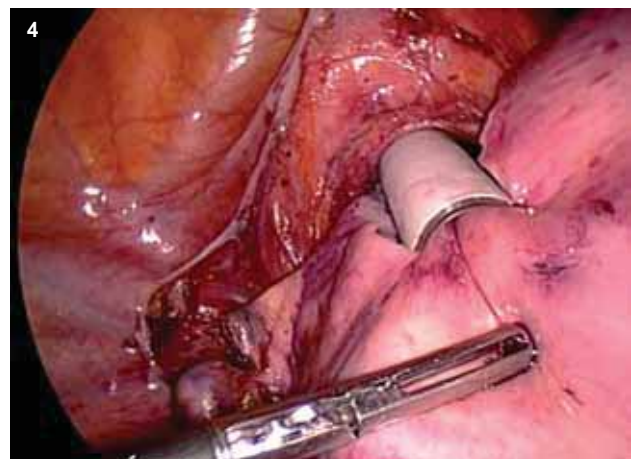
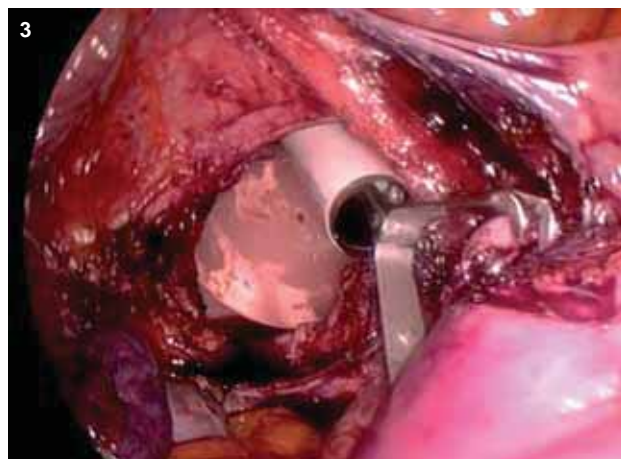
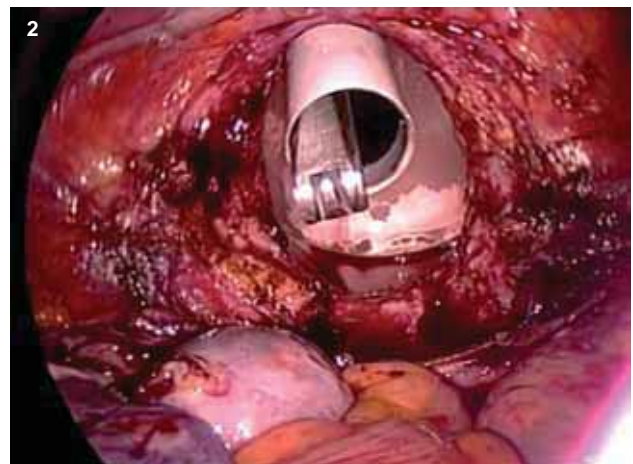
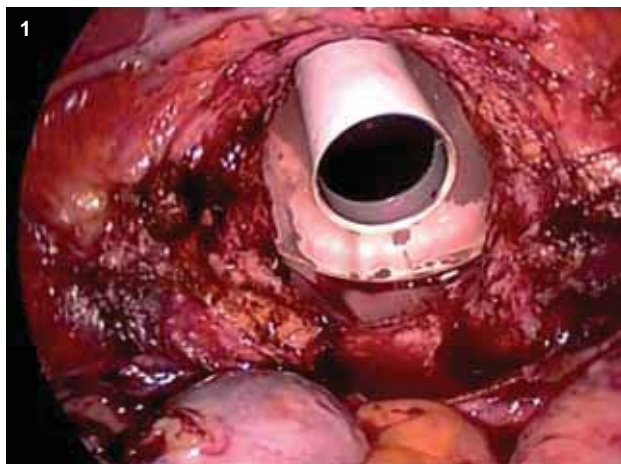
Técnica quirúrgica

La técnica que enseguida se describe se ha aplicado en aproximadamente 25 pacientes, con úteros de 12 a 22 cm, todos con diagnóstico de hemorragia uterina anormal secundaria a miomatosis con o sin adenomiosis. Las pacientes solicitaron, expresamente, esta vía de abordaje.

La cirugía se inicia con la paciente en posición de litotomía modificada, se realiza la asepsia y antisepsia de rutina, la colocación del catéter urinario y de los campos estériles. Uno de los miembros del equipo coloca el espéculo vaginal, tomando el labio anterior cervical con pinza de Pozzi. La histerometría se realiza para elegir la punta más adecuada del movilizador uterino (12, 10, 8 o 6 cm de longitud) y se coloca el manipulador uterino con sistema de colpotomizador de Koh (Cooper Surgical, Turnbull). Se introduce un trocar transumbilical de 5 mm (Endopath

Excel con Optiview, Ethicon) bajo visión directa, verificando que no haya complicaciones. Después de alcanzar el pneumoperitoneo de 12 mmHg se colocan dos trocares accesorios de 5 mm en el cuadrante inferior de cada lado. Se utiliza una lente de 5 mm de cero grados a través del puerto umbilical.

Como primer paso, se toman los ligamentos redondos, se desecan y seccionan en forma bilateral con una pinza de 5 mm (Gyrus ACMI Suthborough Md) y un bisturí armónico de 5 mm (Harmonic ACE, Ethicon JJ). Se repite el procedimiento en los ligamentos útero-ováricos para acceder al ligamento ancho. El repliegue vesicouterino se identificó, seccionó y se movilizó la vejiga en sentido caudal. Se localizaron ambas arterias uterinas, se coagularon y seccionaron, lo mismo que los ligamentos útero sacros, como se mencionó en las estructuras anteriores. Con la



Figuras 1-4. Aspecto laparoscópico de morcelación uterina por vía vaginal.

ayuda de la copa de Koh (Cooper surgical, turnbull, CT) se identificó claramente la zona a incidir en la parte superior de la vagina. Se realizó colpotomía anterior y posterior con un bisturí armónico. Con el útero completamente liberado se retiró el manipulador de Koh, y sólo se dejó el Koh colpo-neumo-occluder (Cooper Surgical Turnbull, CT) en su lugar. A través de éste se introdujo un morcelador de 12 mm (Gynecare Ethicon 360 JJ) bajo visión directa y, con una pinza de garra, por un puerto accesorio para ayudar a la morcelación. Cuando se alcanzó el tamaño uterino deseado se retiró por la vagina. La cúpula vaginal se cerró por vía vaginal con Vicryl del 1 (Ethicon 360 JJ) con surgete continuo. Posteriormente se reintrodujo la lente para verificar la hemostasia y el procedimiento finalizó con el cierre de las incisiones de 5 mm. El tiempo quirúrgico promedio calculado desde el inicio del pneumoperitoneo hasta el cierre de la piel fue de 57 minutos. Las pérdidas hemáticas promedio calculadas fueron menores a 100 mL.

Cuando el postoperatorio transcurre sin problemas las paciente se dan de alta, en promedio, a las 36 horas del procedimiento.

COMENTARIO

La remoción de un útero grande, con técnicas mínimamente invasivas, siempre es un desafío y el cirujano siempre debe tener una amplia selección de opciones para lograrlo al mismo tiempo que se cuidan los resultados cosméticos.

Una revisión sistemática y metanálisis reciente de histerectomías⁴ demuestra que aunque las ventajas de la histerectomía laparoscópica en cuanto a tiempo (estancia intrahospitalaria más corta, regreso a actividades ordinarias de la paciente en menor tiempo) aún son aplicables, la vía abdominal consume menos tiempo y tiene menos grado de daño a la vía urinaria.

Si nos enfocamos al aspecto del tiempo operatorio, durante una histerectomía laparoscópica el mayor tiempo se consume al cierre de la cúpula vaginal. Cuando la revisión sistemática mencionada subdividió la histerectomía laparoscópica en dos grupos: supracervical y en asistida por la vagina, la segunda es aún más rápida que el abordaje abdominal. Si esto se aplica a nuestras pacientes habremos desarrollado esta técnica que permite menor tiempo operatorio y conserva un máximo resultado cosmético con sólo dos puertos accesorios de 5 mm.

REFERENCIAS

1. Warren L, Ladapo J, Borah BJ, Gunnarsson CL. Open versus Laparoscopic and Vaginal Hysterectomy: Analysis of a Large United States Payer Measuring Quality and Cost of Care. *JMIG* 2009;16(5):581-586.
2. Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. *Obstet Gynecol* 2006;107:1278-1283.
3. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic Hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989;5:213-216.
4. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ COM* 2005;330:1478.