

Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas

Vaginal hysterectomy in non-prolapsed uterus in nulliparous women

Dr.C. Miguel Emilio García Rodríguez^I; Dr.C. Ramón Ezequiel Romero Sánchez^{II}; Dra. Lirina Perpiñán LLuesma^{III}

Universidad de Ciencias Médicas Dr. Carlos Juan Finlay. Camagüey, Cuba.

Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

Dirección Provincial de Salud. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: en los últimos años se habla de un resurgimiento de la histerectomía vaginal como vía para operar a pacientes con enfermedades sin prolapso uterino. Hay varios factores que pueden prescribirla, entre ellos la nuliparidad.

Objetivo: analizar los resultados de la histerectomía vaginal en pacientes nulíparas sin prolapso.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes nulíparas sin prolapso uterino a las que se les realizó histerectomía vaginal en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Martín Chang Puga de Nuevitas, Camagüey, desde mayo de 1994 hasta mayo de 2011. La muestra quedó constituida por 60 pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva (exploratoria) con el uso de totales, por cientos, media, mediana, desviación estándar, máximo y mínimo.

Resultados: el promedio de edad fue de $34 \pm 5,01$ años. La paciente de menor edad tenía 33 años y la de mayor edad 45 años. La principal indicación quirúrgica que motivó la intervención fue el fibroma uterino, seguida del sangramiento uterino anormal. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en un escaso número de

pacientes. Las medias de estadía hospitalaria postoperatoria y tiempo quirúrgico fueron de $1,07 \pm 0,2$ días y de $39,6 \pm 7,20$ minutos respectivamente; la reincorporación fue de $20,4 \pm 5,2$ días. **Conclusiones:** la nuliparidad no es un factor aislado ni absoluto para contraindicar la vía vaginal en el contexto de una histerectomía.

DeCS: HISTERECTOMÍA VAGINAL; PARIDAD; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; ADULTO.

ABSTRACT

Background: in the recent years, vaginal hysterectomy has reemerged as a means for operating patients with diseases without uterine prolapse. There are some factors that can prescribe it; among them can be mentioned nulliparity.

Objective: a cross-sectional, descriptive study was conducted in nulliparous patients without uterine prolapse who underwent a vaginal hysterectomy at the Department of General Surgery of the Martin Chang Puga University Hospital in Nuevitas from May 1994 till May 2011. The sample was composed of 60 patients. For the analysis of the data, the descriptive (scouting) statistic was employed with the use of totals, percents, average and median, standard deviation, maximum and minimum.

Results: the average age was of 34 ± 5.01 years. The youngest patient was 33 years old and the oldest 45 years old. The main surgical cause that motivated the intervention was the presence of uterine fibroids, followed by abnormal uterine hemorrhage. The postoperative complications were found in a limited number of patients. The average time of postoperative hospital stay was of 1.07 ± 0.2 days. The average surgical time was of 39.6 ± 7.20 minutes. The average time of reinstatement was of 20.4 ± 5.2 days.

Conclusions: nulliparity is not an isolated or absolute factor to contraindicate the vaginal method in terms of hysterectomy.

DeCS: HYSTERECTOMY, VAGINAL; PARITY; GYNECOLOGIC SURGICAL PROCEDURES; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE; ADULT.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista histórico, una de las partes esenciales de la ginecología es la correspondiente a la cirugía pélvica. Al examinar el tema a través del tiempo según Sotero Salgueiro GA, et al,¹ se pueden señalar acontecimientos quirúrgicos que ponen en relieve el progreso de esta disciplina. La histerectomía vaginal (HV) precedió a la abdominal por siglos. La primera de ellas se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 A.C. amputó un útero gangrenoso prolapsado por vía vaginal (no se recoge si la paciente sobrevivió). Pero paradójicamente la primera histerectomía vaginal con éxito fue realizada por una paciente en 1670, como fue informado por Percival Willouby y recogido en las publicaciones de Sparic R., et al,² y Sutton C:³ una vieja campesina de 46 años llamada Fe Haworth estaba llevando una carga pesada de carbón cuando su útero se derrumbó completamente. Frustrada por la ocurrencia frecuente de este mal ella agarró el útero, tiró tan duro como le fue posible y cortó la porción entera con un corto cuchillo. El sangramiento se detuvo manteniéndose viva durante muchos años.

En Cuba, los primeros resultados publicados sobre la aplicación de la técnica HV en pacientes sin prolapso uterino tuvieron lugar en 1980 por los profesores Silvanio Reyes Fuentes y Dirk Elling^{4,5} en el Hospital Docente Ginecobstétrico Ramón González Coro de Ciudad de la Habana. Los profesores se basaron en la misma técnica quirúrgica utilizada por Stoeckels-Kraatz y sus continuadores en la clínica de mujeres del hospital La Charité de Berlín, antigua República Democrática Alemana.

La histerectomía es una operación frecuente en la especialidad de ginecología y es superada solamente por la cesárea. La misma se puede realizar por diferentes vías: abdominal, laparoscópica y vaginal (pura o combinada con técnicas laparoscópicas).^{6,7} En los últimos años se habla de un resurgimiento de la vía vaginal para pacientes con enfermedades sin prolapso uterino. Existen varios factores que pueden dictar la vía, uno de ellos es la paridad.^{8,9} Para algunos autores⁸⁻¹¹ la nuliparidad es excluyente a la hora de realizar una histerectomía vaginal sin prolapso, fundamentalmente debido a factores anatómicos.

Con el objetivo de realizar un análisis de la HV en pacientes nulíparas sin prolapso uterino, se realiza la siguiente investigación y se exponen los resultados de 60 pacientes operadas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en 60 pacientes nulíparas con enfermedades del útero sin prolapso a las cuales se les realizó HV según la técnica de Heaney en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Martín Chang Puga de Nuevitas en el período comprendido entre mayo de 1994 y mayo de 2011.

El universo fue de 1 217 pacientes operadas en dicho período mediante el proceder quirúrgico anteriormente mencionado. La muestra no probabilística quedó constituida por 60 pacientes nulíparas operadas.

La fuente primaria de la investigación fueron los expedientes clínicos de los casos a estudiar. La información fue plasmada en un formulario creado al efecto. Los datos recogidos se procesaron en una microcomputadora mediante el programa SPSS 15.0.1 sobre Windows. Se utilizó la estadística descriptiva (exploratoria) con el uso de totales, por cientos, media, mediana, desviación estándar, máximo y mínimo. Se muestran los resultados en tablas y gráficos.

RESULTADOS

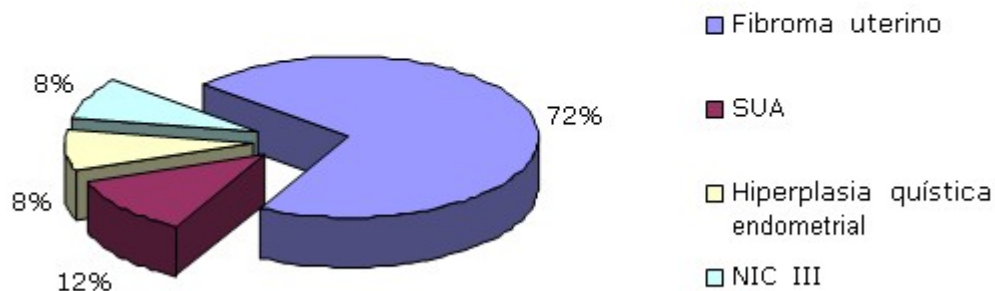
La edad promedio de las pacientes fue de 34 ± 5.0 . El 47 % de ellas tenían úteros considerados grandes (según el método clínico complementado con la ultrasonografía). El tiempo quirúrgico fue de $39,6 \pm 7,20$ minutos. En cinco pacientes se realizaron técnicas de reducción de volumen para completar el proceder. Seis pacientes fueron transfundidas y sólo hubo una complicación postoperatoria que correspondió a un hematoma de la cúpula vaginal. La estadía postoperatoria fue de $1,07 \pm 0,2$ días. La reincorporación social de las pacientes fue de $20,4 \pm 5,2$ días. (Tabla)

Tabla. Caracterización de las pacientes operadas (n=60)

VARIABLES	Resultados n/%	Significación
Edad	34 ±5.01 años	P< 0.05
Tamaño del útero	Pequeño: 10/16% Mediano : 22/37% Grande: 28/47%	P< 0.05
Tiempo quirúrgico	39,6±7,20´	P< 0.05
Técnicas de Reducción de volumen	Morcelación: 4/ 7% Miomectomía: 1/2%	P< 0.05
Transfusiones de sangre	6/10%	P< 0.05
Complicaciones postoperatoria	Hematoma de la cúpula vaginal: 1/2%	P< 0.05
Estadía post-operatoria	1,07±0,2 días	P< 0.05
Reincorporación	20,4±5,2 días	P< 0.05

Con respecto a las indicaciones de la HV, la principal indicación fue el fibroma uterino (FU) (72 %), seguido del sangramiento uterino anormal (SUA) (12 %), y el 8 % restante lo ocuparon la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y la hiperplasia quística endometrial. (Gráfico)

Gráfico. Distribución de los casos según diagnóstico



DISCUSIÓN

La edad que predominó fue de 34 ± 5.0 años, resultado que concuerda con algunas revisiones ²⁻⁴ y difiere en otras. ¹ Esto está relacionado con el diagnóstico operatorio, pues a esta edad los FU y los SUA constituyen diagnósticos frecuentes que motivan la intervención.

La indicación quirúrgica más frecuente en la serie fue el FU. Resultados similares fueron hallados por Soares, et al, ¹² en su investigación. Van Den Eeden, et al, ¹⁰ realizaron un análisis cuidadoso de las causas de histerectomías y el FU fue la causa en el 72 % de los procedimientos realizados. Otras indicaciones específicas en este estudio en orden decreciente fueron: el SUA 12 %, la hiperplasia quística endometrial 8 % y la lesión intraepitelial escamosa (según la clasificación Bethesda) (NIC III), 8 %. ¹²⁻¹⁵ Es necesario aclarar que en todos los casos la indicación de cirugía fue cuidadosamente evaluada cuando se habían agotado todas las posibilidades médicas para lograr paridad y siempre bajo el consentimiento de la paciente.

La incidencia de complicaciones infecciosas luego de una histerectomía varía con el acceso operatorio (abdominal en comparación con el vaginal). Los abscesos de cúpula y la infección de la herida son los más frecuentes en la vía abdominal. ^{14, 15} Múltiples trabajos señalan que en la vía vaginal las complicaciones sépticas son las más comunes, encabezadas estas por el absceso de la cúpula. ¹⁶⁻¹⁹ Somos del criterio que la formación de cúmulos de sangre en la cúpula vaginal constituye la fuente principal de infección para la formación de abscesos lo que concuerda con algunos autores. ¹⁸⁻²⁰

Varias publicaciones ^{10, 12, 17} coinciden con los resultados obtenidos en cuanto a estadía y tiempo quirúrgico. Señalan que con la técnica vaginal se reporta un ahorro considerable de recursos materiales y económicos, aspectos estos a tener en cuenta a la hora de escoger la vía de acceso (vaginal, abdominal o laparoscópica).

Algunos reportes ¹⁰⁻¹² plantean que la histerectomía para lesiones benignas en la nulípara con un útero por debajo del ombligo es factible por la vía vaginal hasta en el 50 % de los casos. Por otra parte algunos autores, ^{10, 12} son del criterio que en presencia de nuliparidad la realización de la histerectomía por la vía laparoscópica en cualquiera de sus variantes parece ser la alternativa mejor a expensas de un aumento significativo del tiempo operatorio.

Para Chapron, et al, ¹⁴ la HV pura es la mejor opción para la paciente nulípara siempre que no existan otros factores sobreañadidos y la vía laparoscópica sólo debe utilizarse como un complemento. Benassi, et al, ¹⁵ consideran que el peso uterino mayor de 400

g (tamaño mayor de 12 semanas de gestación) en la nulípara, como en la multípara, contraindica para los cirujanos inexpertos la vía vaginal por lo que puede asociarse o puede reemplazarse por la vía laparoscópica si el abordaje es difícil o si la paciente presenta antecedentes de cirugía pélvica de consideración, un volumen uterino anormal y un acceso o movilidad uterina muy limitada. Así, la laparotomía se reservará para los úteros voluminosos (situados por encima del ombligo) lo que evita en muchas ocasiones la conversión,²¹⁻²³ lo cual en la serie mostrada no existió.

CONCLUSIONES

La nuliparidad no es una condición excluyente a la hora de decidir la vía en el contexto de una HV en pacientes sin prolapso. La cual es segura, se puede realizar con buenos resultados y con un mínimo de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sotero-Salgueiro GA, Sosa-Fuertes CG, Domínguez-Rama A, Martínez-Torena J, Yovarone R, Laborde A. La histerectomía vaginal en útero no prolapsado: una vieja "nueva" opción. Arch Gin Obste. Mar 2002; 40(1): 30-7.
2. Sparic R, Hudelist G, Berisava M, Gudovic A, Buzadzic S. Hysterectomy throughout history. Acta Chir Jugosl. 2011 Jan; 58(4): 9-14.
3. Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1997 Mar; 11(1): 1-22.
4. Reyes Fuentes S, García Andrade J, Elling D, Forte F. Histerectomía vaginal en úteros sin prolapso (Una técnica). Análisis retrospectivo de 50 pacientes. Rev Cubana Obstet Ginec. Oct-Dic 1980; 6(4): 319-23.
5. Elling D, Reyes Fuentes S, Valdés Vivo P. Sobre la indicación y diagnóstico preoperatorio de la Histerectomía total por vía vaginal. Rev Cubana Obstet Ginec. Ene-Mar 1980; 6(1): 19-23.
6. Guo Y, Tian X, Wang L. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy vs vaginal hysterectomy: meta analysis. J Minim Invasive Gynecol. 2013 Jan-Feb; 20(1): 15-21.

7. Figueredo O, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi MA, Pelosi MA. Vaginal removal of the benign non prolapsed uterus: experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol*. 1999 Sep; 94(3): 348-51.
8. Paparella P, Sizzi O, Rossetti A, De Benedittis F, Paparella R. Vaginal hysterectomy in generally considered contraindications to vaginal surgery. *Arch Gynecol Obstet*. 2004 Sep; 270(2): 104-9.
9. Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P, Crespín G, Cosson M. A history of cesareans is a risk factor in vaginal hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Dec; 12(3): 1135-39.
10. Van Den Eeden SK, Glasser M, Mathias SD. Quality of life, health care utilization, and costs among women undergoing hysterectomy in a managed-care setting. *Am J Obstet Gynecol*. 1998 Jan; 178(1): 91-100.
11. Agostini A, Bretelle F, Cravello I, Maisonneuve AS, Rager V, Blanc B. Vaginal hysterectomy in nuliparous women without prolapse: a prospective study. *BJOG*. 2003 May; 110(5): 515-8.
12. Soares Ld, Simes PM, Macedo SF. Histerectomía vaginal en pacientes no portadoras de prolapso do utero: estudo 370 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995 Nov-Dez; 17(10): 1011-9.
13. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados: A propósito de 300 casos. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. Ene-Abr 2008 [citado 26 Ene 2013]; 34(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100006&lng=es.
14. Chapron C, Laforest L, Ansquer Y, Fauconnier A, Fernández B, Bréart G, et al. Hysterectomy techniques used for benign pathologies in a French multicentre study. *Human Reprod*. 1999 Oct; 14(10): 2464-70.
15. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT, Ricci L, Bedocchi L, Galanti B, et al. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. Dec 2002; 187(6): 1561-5.
16. Correa-Ochoa JL, Tirado-Mejía JA, Mejía-Zúñiga JF, Tirado-Hernández M, Gómez-Ibarra EA, Arango-Martínez A. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]*. Ene-Mar 2011 [citado 26 Ene 2013]; 62(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347434201100010005&lng=es.

17. Muller A, Thiel FC, Renner SP, Winkler M, Haberle L, Beckmann MW. Hysterectomy-a comparison of approaches. *Deutsches Arzteblatt International*. 2010 May; 107(20): 353-9.
18. Guvenal T, Ozsoy AZ, Kilcik MA, Yanik A. The availability of vaginal hysterectomy in benign gynecologic diseases: a prospective, non-randomized trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010 Aug; 36(4): 832-7.
19. Ismail S. The effects of vault drainage on postoperative morbidity after vaginal hysterectomy for benign gynaecological disease: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2012 Jul; 119(8): 1014
20. Sheth SS. The scope of vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Aug; 115(2): 224-30.
21. Redwine DB. Laparoscopic Hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy in a community hospital. *Am J Assoc Gynecol Laparosc*. 1995 May; 2(3): 305-10.
22. Kulkarni MM, Rogers RG. Vaginal hysterectomy for benign disease without prolapsed. *Clin Obstet Gyneco*. 2010 Mar; 53(1): 5-16.
23. Cho HY, Kim HB, Kang SW, Park SH. When do we need to perform laparotomy for benign uterine disease? Factors involved with conversion in vaginal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2012 Jan; 38(1): 31-4.

Recibido: 17 de abril de 2013

Aprobado: 4 de junio de 2013

Dr.C. Miguel Emilio García Rodríguez. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Carlos Juan Finlay. Camagüey, Cuba.
Email: grmiguel@finlay.cmw.sld.cu