

Histerectomía vaginal sin prolapso genital

Vaginal hysterectomy without genital prolapse

MsC. Abelardo S. Toirac Lamarque, MsC. Viviana Pascual López y MsC. Nancy Moya Rodríguez

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó una investigación analítica, longitudinal y retrospectiva de una muestra de 110 mujeres de un total de 639 con diferentes afecciones de los órganos genitales, excluidas las sépticas, e intervenidas las primeras por vía vaginal durante el quinquenio 2005-2009, las cuales fueron asignadas a 2 grupos: el A, integrado por 37 pacientes sin prolapso genital (técnica de Peham-Amreich); y el B, conformado por 73 féminas con dicho prolapso (técnica de Heany) en estadios clínicos I y II-III, quienes fueron reagrupadas en subgrupos de 32 y 41 pacientes, respectivamente. En la serie se consideraron las variables: edad, sangrado peroperatorio, tiempo quirúrgico, estadía posoperatoria, complicaciones peroperatorias y posoperatorias, así como control ambulatorio (trigésimo día). Las integrantes del grupo A se ajustaron a requerimientos clínicos y ecográficos preseleccionados: útero móvil y equivalente en volumen al puño de un hombre adulto de biotipo medio, campo operatorio suficiente y normalidad en examen de anejos. Para el análisis estadístico se aplicó el test de Pearson, con valores de significación considerados en 3 categorías, a saber: I, $p \leq 0,05$ (estándar); II, $p \leq 0,01$ (alta) y III, $p \leq 0,001$ (muy alta). Se demostró, con muy alta significación, que el prolapso genital es una afección privativa de mujeres de edad superior a 50 años. El resto de las variables escogidas careció de valor estadístico en este estudio.

Palabras clave: mujer, prolapso genital, histerectomía vaginal, técnica de Peham Amreich, técnica de Heany.

ABSTRACT

An analytic, longitudinal and retrospective investigation was carried out in a sample of 110 women from a total of 639 with different disorders of the genitals, excluding the septic ones. The former group had surgeries through vagina during the five year period 2005-2009, and were assigned to 2 groups: group A, formed by 37 women without genital prolapse (Peham-Amreich technique); and group B, formed by 73 women with this disorder (Heany technique) in clinical stages I and II-III, who were regrouped in subgroups of 32 and 41 patients, respectively. Variables such as: age, peroperative bleeding, surgical time, postoperative stay, peroperative and postoperative complications, as well as ambulatory control (thirtieth day) were considered in the series. The members of group A were adjusted to previously selected clinical and echographic requirements: mobile uterus and equivalent in volume to the fist of an adult man of average biotype, adequate operative field and normality in the adnexa examination. For the statistical analysis the Pearson test was applied, with significance values considered in 3 categories, that is: I, $p \leq 0.05$ (standard); II, $p \leq 0.01$ (high) and III, $p \leq 0.001$ (very high). It was significantly demonstrated, that genital prolapse is an exclusive disorder

of women over 50 years old. The rest of the chosen variables lacked statistical value in this study.

Key words: woman, genital prolapse, vaginal hysterectomy, Peham Amreich technique, Heany technique.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico de frecuente utilización en la práctica obstétrico-ginecológica. En la ginecología actual las opciones técnicas disponibles son diversas, a saber:¹⁻⁴ acceso abdominal (HA) y vaginal (HV), abordaje vaginal con asistencia endoscópica (HVAL),⁵ videoendoscopia total y supracervical (HTL y HSL, respectivamente)^{6,7} y, por último, cirugía robótica (HR).^{8,9}

Al respecto, la histerectomía vaginal, específicamente, se considera un proceder muy seguro, que escasamente produce sangrados profusos y, por lo general, permite una recuperación rápida en la paciente, con ambulación precoz y pronta reinserción a sus tareas habituales, domésticas y sociales. Esta técnica es realizada ante afecciones del útero que posibilita, por su naturaleza y volumen, su extirpación a través de la vagina, con prolapso propio y de órganos pélvicos acompañantes (vejiga y recto) o sin este.^{1,2}

Teniendo en cuenta estas razones y condiciones, en la institución hospitalaria donde se llevó a cabo este estudio, desde hace ya algunos años, las afecciones del útero no prolapsado, excluidos los procesos sépticos, han recibido tratamiento quirúrgico mediante histerectomía vaginal según técnica de Peham Amreich,¹⁰ con buenos resultados (Moya Rodríguez N. Histerectomía vaginal en fibromatosis uterina, por técnica de Peham Amreicht [trabajo para optar por el título de Máster en Atención Integral a la Mujer]. 2009. Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba).

Con respecto a lo planteado anteriormente, esta serie ha tenido por objetivo evaluar, en forma comparativa, la evolución peroperatoria y posoperatoria de las pacientes histerectomizadas por vía vaginal -con prolapso genital o sin este- según la manifestación de las variables seleccionadas a tal fin.

MÉTODOS

Se efectuó una investigación analítica, longitudinal y retrospectiva de una muestra de 110 mujeres de un total de 639 con diferentes afecciones de los órganos genitales, excluidas las sépticas, e intervenidas las primeras por vía vaginal durante el quinquenio 2005-2009, en el Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke Bider" de Santiago de Cuba, las cuales fueron asignadas a 2 grupos: A y B.

El grupo A estuvo integrado por 37 pacientes sin prolapso genital -PG₀- operadas por la técnica de Peham y Amreich, y el grupo B, por 73 con diagnóstico de prolapso genital -PG- e intervenidas según técnica de Heaney (incluida la rafia vaginal anterior o posterior o ambas cuando se consideró procedente). De tal modo, este último fue reclasificado en estadios I y II-III para reagrupar a 32 y 41 féminas, respectivamente, y se consideró:

- Estadio I: Descenso de útero y vejiga, no visibles o insinuados en el introito.
- Estadio II-III:
 - a) Parte del útero o este y vejiga, que se visualizaban en la vulva.

- b) Útero que se exteriorizaba completamente y arrastraba a la vejiga o recto (o ambos) en mayor o menor medida.

Los integrantes del grupo A -PG₀- se ajustaron a los siguientes criterios de inclusión:

1. El útero conservaba su movilidad.
2. El volumen uterino fue equivalente al de la mano empuñada de un varón adulto y de biotipo promedio.
3. La pelvis se consideró suficiente cuando su estructura ósea y músculo-aponeurótica permitió un campo operatorio adecuado y se entendió como tal al que admitió que el puño del explorador "penetrara" en el espacio limitado por las tuberosidades isquiáticas y el arco púbico.
4. Los exámenes clínicos y ecográficos de anejos no evidenciaron alteraciones.

Las variables evaluadas fueron: edad (años), pérdidas sanguíneas en período peroperatorio (mililitros), tiempo quirúrgico (horas, minutos), estadía posoperatoria (días), complicaciones peroperatorias y posoperatorias inmediatas-mediatas (lesión visceral en: vejiga, uréter, uretra o intestino; hemorragias: pérdidas superiores a 1 500 mililitros o iguales o mayores de 30 % del volumen sanguíneo total, con estimación promedio de 5 L; anemias poshemorrágicas: Hb ≤ 80 g/L; infecciones; otras complicaciones y, finalmente, control ambulatorio en el trigésimo día del alta hospitalaria: posoperatorio tardío).

Los datos primarios fueron tabulados y procesados en el paquete estadístico SPSS versión 11,5. Se utilizó el porcentaje para procesar las variables cualitativas y la media aritmética (x), la mediana y la desviación estándar (SD), para las variables cuantitativas. Se estimó la razón para frecuencias absolutas referidas a técnicas de histerectomía abdominal y vaginal en la serie estudiada y en la bibliografía médica. Los resultados fueron evaluados, procesados y, por último, validados mediante el test de Pearson. Los valores de significación fueron considerados en 3 categorías, a saber: I, p ≤ 0,05 (estándar); II, p ≤ 0,01 (alta) y III, p ≤ 0,001 (muy alta).

Se realizó el análisis general de toda la información obtenida, incluida la literatura de consulta y se plantearon las consideraciones correspondientes. Desde el punto de vista bioético, se tuvieron en cuenta todas las consideraciones requeridas para guardar la confidencialidad de las personas incluidas en el estudio y sus respectivos expedientes clínicos.

RESULTADOS

La muestra estudiada (n=110) representó 17,2 % del universo revisado (n=639 / razón de 0,21:1). Se identificaron 37 mujeres sin prolapso genital (grupo A - PG₀), 33,6 % de la casuística, 24 con diagnóstico de fibromatosis uterina (64,9 %), en tanto, 13 afectadas (35,1 %) padecían carcinoma *in situ* de cérvix, 9 de ellas con lesión recidivante y sin margen quirúrgico y las 4 restantes fueron tratadas por adenocarcinoma en estadio Ia e hiperplasia adenomatosa atípica de endometrio, en número de 2 para cada evento. Las observaciones se completaron con 73 pacientes (grupo B - 66,4 %) que tenían prolapso genital (PG), y fueron reagrupadas en estadios I y II-III, con 32 y 41 féminas e índices de 43,8 y 56,2 %, respectivamente.

Se demostró que el prolapso genital (grupo B) es una afección privativa de mujeres de edad superior a 50 años (tabla 1), con muy alta significación ($\chi^2=27,36/p=1,69 \times 10^{-7}$). Los valores calculados para media [58,6 ± 13,2 / 63,3 ± 11,6] y mediana [63 ± 14 / 64 ± 12], comparados con los obtenidos por el grupo A (sin PG), en tanto, estos últimos

mostraron magnitudes casi idénticas para ambos indicadores: $43 \pm 9,2$ y 43 ± 9 años. Sin embargo, no existieron diferencias al distribuir las integrantes del grupo B, según estadios clínicos considerados en este estudio: PG I/PG II-III ($\chi^2=0,807/p=0,369$).

Tabla 1. Edad cronológica

Años	Grupo B		Grupo A
	PG I (n=32)	PG II-III (n=41)	PG ₀ (n=37)
40 y más	6	3	15
41 - 50	4	6	14
Subtotal I	10 / 31,3 %	9 / 21,9 %	29 / 78,4 %
51 - 60	4	8	6
Mayor de 60	18	24	2
Subtotal II	22 / 68,7 %	32 / 78,0 %	8 / 21,6 %
B (PG) / A (PG ₀): $\chi^2=27,36$; $p=1,69 \times 10^{-7}$			
PG I / PG II-III: $\chi^2=0,807$; $p=0,369$			
▪ Intervalo	29 - 77	37 - 88	28 - 77
▪ x	58,6	63,3	43
DS	13,2	11,6	9,2
▪ Q ₂	63	64	43
DS	14	12	9

Los volúmenes de pérdidas sanguíneas (tabla 2), el tiempo quirúrgico (tabla 3) y la estadía posoperatoria (tabla 4) no mostraron diferencias de significación entre los grupos A y B, ni tampoco entre los subgrupos considerados para este último.

Tabla 2. Pérdidas sanguíneas peroperatorias

Volumen (mL)	Grupo B		Grupo A
	PG I	PG II-III	PG ₀
500 y más	10	14	7
500 - 1 000	21	24	25
Hasta 1 500	1	3	5
B / A: $\chi^2=3,77$; $p=0,152$			
PG I / PG II-III: $\chi^2=0,76$; $p=0,681$			
▪ Intervalo	200 - 1 000	200 - 1 200	500 - 1 500
▪ x	579,6	563,2	784,8
DS	217,2	242,4	388,0
▪ Q ₂	600	600	700
DS	118	245	397

Tabla 3. Tiempo quirúrgico

Horas, minutos	Grupo B		Grupo A
	PG I	PG II-III	PG ₀
Menos de 1,00		4	
1,00 – 1,30	17	19	15
Hasta 2,00	8	12	13
2,01 – 3,00	6	5	7
Más de 3,00	1	1	2
B / A: $\chi^2=0,833$; $p=0,659$			
PG I / PG II-III: $\chi^2=0,658$; $p=0,72$			
▪ Intervalo	1,00 -3,10	0,40 – 3,00	0,50 – 3,13
▪ x	1,36	1,33	1,52
DS	0,32	0,31	0,36
▪ Q ₂	1,30	1,30	1,50
DS	0,33	0,31	0,36

Tabla 4. Estadía posoperatoria

Días	Grupo B		Grupo A
	PG I	PG II-III	PG ₀
Hasta 2	7	10	6
3 – 4	17	25	16
5 y más	8	6	15
B / A: $\chi^2=5,792$; $p=0,447$			
PG I / PG II-III: $\chi^2=1,248$; $p=0,536$			
▪ Intervalo	2 -7	2 -16	2 -10
▪ x	3,5	3,7	4,2
DS	1,2	2,4	1,6
▪ Q ₂	4	3	4
DS	1,3	2,5	1,6

El índice de complicaciones identificadas en los períodos peroperatorio y posoperatorio inmediato-medio (PP) fue de 7,27 % (con 8 pacientes), a saber: lesión de vejiga (PG: 1); anemias poshemorrágicas, hemoglobina inferior a 80 g/L (PG: 2 / PG₀: 2), infecciones urinarias (PG:1 / PG₀:1) y de cúpula vaginal (PG: 1). Las complicaciones en este período mostraron un índice de 8,10 % (3/37) para el grupo A y 6,84 % (5/73) para el B ($\chi^2=0,058/p=0,81$). En tanto, en el control ambulatorio practicado durante el período posoperatorio tardío (PT), fueron atendidas 6 féminas con anemia residual poshemorrágica (PG: 4 / PG₀: 2) y 3 afectadas con granulomatosis de cúpula vaginal (PG: 1 / PG₀: 2) que sumaron 9 observaciones y representaron un total de 8,18 % de la casuística: grupo B con 5/73, para 6,84 %, y grupo A, 4/37, para 10,81 %, ($\chi^2=0,513/p=0,474$). La distribución de féminas con complicaciones según momentos evolutivos (peroperatorios y posoperatorios inmediato-medio) resultó de 8 pacientes en el PP y control ambulatorio (PT=9), así como para los grupos B y A fueron 10 y 7 pacientes, en ese orden, pero no se evidenció significación alguna al calcular $\chi^2=0,064/p=0,801$ y $\chi^2=0,512/p=0,474$ -para aquellos y estos últimos- en forma respectiva (tabla 5).

Tabla 5. Complicaciones en períodos peroperatorio y posoperatorio y posoperatorio tardío

Evento	Grupo B	Grupo A	Grupo B	Grupo A
	Peroperatorio-Posoperatorio (PP) PG (n=73 / 5)	Posoperatorio (PT) PG ₀ (n=37 / 3)	Posoperatorio tardío (PT) PG (n=73 / 5)	Posoperatorio tardío (PT) PG ₀ (n=37 / 4)
Lesión de vejiga	1			
Anemia poshemorrágica (Hb<80 g/L)	2	2		
Anemia residual (Hb<100 g/L)			4	2
Infección urinaria	1	1		
Infección cúpula vaginal	1			
Granulomatosis de cúpula vaginal			1	2
Incidencia: PP-PT	[PP: 8-7,27 % / PT: 9-8,18 %] $\chi^2=0,064$; $p=0,801$			
Global-grupal	6,84	8,10	6,84	10,81
PP: B/A; PT: B/A	5/3: $\chi^2=0,058$; $p=0,81$		5/4: $\chi^2=0,513$; $p=0,474$	
B / A (χ^2)	B / A: $\chi^2=0,512$; $p=0,474$			

DISCUSIÓN

La exéresis del útero por vía vaginal "es el método de elección para realizar una histerectomía sin invasión abdominal".¹¹ A juicio de los autores del presente estudio, este criterio no está difundido con amplitud suficiente en Cuba, a pesar de las experiencias referidas por Rodríguez Hidalgo,¹² Castillo Morales¹³ y García Rodríguez y Romero Sánchez,¹⁴ quienes se ubican a la par de la profusa bibliografía médica internacional^{11,15-17} sobre el tema, todas indicativas de sus múltiples bondades y posibilidades. Para evaluar esta circunstancia basta que se aprecien las considerables diferencias que ofrecen las razones de Matthews *et al*¹⁸ (n=461: vía abdominal, 217; vaginal, 118) y Brummer *et al*¹⁹ (n=5279: 1255; 2345), calculadas en 1:0,54 y 1:1,86 con respecto al valor de 1:0,21, estimado para la serie estudiada. Puede plantearse que estos investigadores, de forma respectiva, practican la exéresis del útero por vía vaginal 2,57 y 8,86 veces más que las intervenciones realizadas por los especialistas pertenecientes al hospital de esta casuística.

Por otra parte, en la serie quedó demostrada la relación de muy alta significación ($p=1,69 \times 10^{-7}$) que se establece entre el padecimiento de prolapso genital (grupo B) y la edad mayor de 50 años. A su vez y necesariamente, en las féminas sin prolapso (grupo A-PG₀) el grupo etario de 50 años o menos representó 78,37 %, para una media de 43 años, cifras que se replican en las referencias consultadas (97,3%; $44,3 \pm 5,02$), al tiempo que la fibromatosis uterina, en correspondencia con la literatura,^{3,14} fue el diagnóstico operatorio más frecuente (64,9 %), en tanto, las lesiones carcinomatosas de cuello uterino se estimaron en 24,32 % y las malignidades de endometrio (de observación infrecuente 20), en 10,78 %.

Las pérdidas sanguíneas calculadas para ambos grupos, así como para los estadios del grupo B no mostraron significación; sin embargo, los volúmenes notificados por otros

autores³ son apreciablemente inferiores (161,2 mililitros; intervalo 120,61-193,79) a los calculados en la serie [(PG: $x=563,2-579,6$; $Q_2=600$; intervalo de 200-1200 mililitros) (PG₀: $x=784,8$; $Q_2=700$; intervalo de 500-1 500 mililitros)].

De igual forma, los valores propios estimados para el tiempo quirúrgico y la estadía posoperatoria también difieren de los resultados de la bibliografía ($x=0,50$; rango: 0,44-0,56 / $Q_2=0,34\pm 0,07$; rango: 0,20-1.00 horas-minutos). No obstante, los índices de complicaciones en los períodos peroperatorio y posoperatorio inmediato-mediatos y tardío (7,27 y 8,18 %, respectivamente) son comparables con los referidos en la literatura consultada.^{3,14}

El análisis de los resultados propios y de los resultados observados en la literatura nacional y foránea confirman los criterios que los autores de esta serie exponen a continuación: en esta rama de la medicina se ha hecho ya necesario e impostergable, reconocer la histerectomía vaginal como práctica quirúrgica de posibilidades y bondades inobjetables, dadas sus ventajas, con indicaciones definidas y requerimientos, por lo general, de fácil satisfacción. Una vez logrados estos propósitos, y en un futuro tan próximo como sea dable, debe introducirse y desarrollarse la práctica de la histerectomía videoendoscópica, para disponer de una dupla de posibilidades quirúrgicas que satisfagan la inmensa mayoría de las necesidades de atención operatoria en la población femenina. Asimismo, debe sostenerse firmemente el criterio de que no deben ser los ginecoobstetras quienes asistan, como últimos espectadores, al acto de marcar el campo justo de acción que debe y puede corresponderle a la histerectomía vaginal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetrics and Gynecologists. Choosing the route of hysterectomy for benign diseases. *Obstet Gynecol.* 2009;114:1156-8.
2. Nieboer T, Johnson N, Lethaby A, Tavender A, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological diseases. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):003677.
3. 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.* 2011;62:45-50.
4. Nielsen SL, Daugbjerg SB, Gimbel H, Settnes A. Use of vaginal hysterectomy in Denmark: rates, indications and patient characteristics. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(9):978-84.
5. Song T, Kim TJ, Kang H, Lee YY, Choi CH, Lee JW, et al. A review of the technique and complications from 2012 cases of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy at a single institution. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2011;51(3):239-43.
6. Sola V, Ricci P, Pardo J, Guillof E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(5):364-72.
7. Candiani M, Izzo S. Laparoscopic versus vaginal hysterectomy for benign pathology. *Curr Opin Obst Gynecol.* 2010;22(4):304-8.

8. Advincula AP, Song A. The role of robotic surgery in gynecology. *Curr Opin Obst Gynecol.* 2007;19(4):331-6.
9. Holloway RW, Patel SD, Ahmad S. Robotic surgery in Gynecology. *Scand J Surg.* 2009;98(2):96-109.
10. Sotero-Salgueiro GA. Técnica de Peham Amreicht modificada para la histerectomía vaginal en útero sin prolapso. *Ginecol Obstet.* 2002 [citado 5 jul 2011];48(3). Disponible en: <http://www.tecnicasquirurgicas2.ecaths.com/ver-trabajos-practicos/4753/tecnica-de-peham-amreicht-modificada-para-la-histerectomia-vaginal-en-utero-sin-prolapso/>
11. Sheth SS, Paghdiwalla KP, Hajari AR. Vaginal route: a gynaecological route for much more than hysterotomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2011;25(2):115-32.
12. Rodríguez Hidalgo N. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1995 [citado 5 jul 2011];21(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol21_1_95/gin02195.htm
13. Castillo Morales F. La histerectomía vaginal en Pinar del Río. Experiencias en su aplicación. [citado 5 jul 2011] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos38/histerectomia-vaginal/histerectomia-vaginal.shtml>
14. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. A propósito de 300 casos. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2008 [citado 5 jul 2011];34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100006
15. Müller A, Thief FC, Renner SP, Winkler M, Häberle L, Beckmann MW. Hysterectomy. A comparison of approaches. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(20):353-9.
16. Jahan S, Das T, Mahmud N, Mondol SK, Habib SH, Saha S, et al. A comparative study among laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy: experience in a tertiary care hospital in Bangladesh. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(3):254-7.
17. Landeen LB, Bell MC, Hubert HB, Bennis LY, Knutsen-Larson SS, Seshadri-Kreaden U. Clinical and cost comparisons for hysterectomy via abdominal, standard laparoscopic, vaginal and robot-assisted approaches. *S D Med.* 2011;64(6):197-9.
18. Matthews CA, Reid N, Ramakrishnan V, Hull K, Cohen S. Evaluation of the introduction of robotic technology on route of hysterectomy and complications in the first year of use. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(5):499.
19. Brummer TH, Jalkenen J, Fraser J, Heikkinen AM, Kauko M, Mäkinen J, et al. FINHYST, a prospective study of 5279 hysterectomies: complications and their risk factors. *Hum Reprod.* 2011;26(7):1741-51.

20. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE. Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009 [citado 5 jul 2011];35(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2009000200006&script=sci_arttext

Recibido: 24 de enero de 2012

Aprobado: 30 de enero de 2012

Abelardo S. Toirac Lamarque. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider".
Avenida de los Libertadores, entre 5 y 7, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: toirac@medired.sld.cu