

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**TECNICA MODIFICADA EN LA
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL PARA
ENFERMEDADES BENIGNAS DEL UTERO.**

Dr. Luis Felipe Nicot Vidal¹, Dr. Otto Ortega Ochoa.²

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de 210 pacientes a las que se les realizó histerectomía total abdominal por procesos benignos del útero, en el servicio de ginecología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, durante el período comprendido desde 1993 hasta 1996. De ellas, 105 son realizadas con la técnica clásica de Richardson y las restantes 105, con nuestra técnica modificada. Las variables usadas fueron: diagnóstico preoperatorio, complejidad de la operación, promedio de sangre perdida (diferencia entre la hemoglobina preoperatoria y postoperatoria), promedio de tiempo quirúrgico y las complicaciones peroperatorias y postoperatorias. La fuente de información utilizada es un modelo de vaciamiento diseñado para la recogida de los datos. Se utiliza como medida de resúmenes: el número absoluto, el porcentaje y el Chi cuadrado, con un nivel de significación estadística del 95 % ($p < 0.05$), para determinar posibles asociaciones. Se obtiene como resultado que con la aplicación de la técnica de Richardson modificada se reduce la cuantía de sangre perdida, el promedio del tiempo quirúrgico y las complicaciones tanto peroperatorias como postoperatorias.

Palabras claves: HISTERECTOMIA/ métodos; ENFERMEDADES UTERINAS/ cirugía.

INTRODUCCION

La histerectomía es un antiguo proceder ginecológico y obstétrico que, en la actualidad tiene limitadas indicaciones y cuyos objetivos principales son

¹ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor.*

extraer el útero para evitar la mayor pérdida de sangre, la contaminación bacteriana y el posible daño de órganos y estructuras, etc.¹⁻⁴

El surgimiento de complicaciones, según la literatura publicada varía de un lugar a otro. Todavía en la actualidad son un gran problema, ya que llegan a registrarse hasta en el 50 %.^{5,6} La literatura informa que el proceder es mucho más frecuente en los procesos benignos que en los malignos.^{1-5,7} Las complicaciones más frecuentes son las pérdidas sanguíneas y la lesión de órganos vecinos.^{6,8}

Basado en lo anteriormente expuesto, describimos una modificación de la técnica clásica de Richardson, realizada en 1993, consistente en la unión selectiva de una serie de pasos bien entremezclados de las técnicas de la cesárea segmentaria arciforme, la histerectomía vaginal y la abdominal total, lo que permite la reducción de las principales complicaciones.

Nuestro interés es describir la modificación de la técnica y demostrar la eficacia de su aplicación para las enfermedades benignas del útero. Se exponen resultados parciales obtenidos.

METODO

CRITERIOS Y DEFINICIONES

- Técnica de Richardson: Técnica universalmente aceptada como clásica para la histerectomía total abdominal en las enfermedades benignas del útero.
- Enfermedades benignas del útero: Todas aquellas que no se encuentran vinculadas con procesos malignos del útero, de sus anejos o ambos, o de órganos vecinos.
- Histerectomía total abdominal: Proceder quirúrgico consistente en la extracción del útero con o sin sus anejos.
- Pérdida de sangre: Diferencia entre la hemoglobina preoperatoria y postoperatoria de la paciente, así como por el uso de transfusiones durante el peroperatorio y el postoperatorio.

-Promedio de tiempo quirúrgico: Cálculo de la media de los tiempos quirúrgicos de todos los casos por tipo de técnica y que se registra por la hoja de anestesia.

-Reporte de complicaciones tanto peroperatorias como postoperatorias reflejadas en el informe operatorio, historia clínica y de consulta de postoperatorio.

Se realiza un estudio retrospectivo con el objetivo de describir la técnica de Richardson modificada y los beneficios que ésta reporta para las pacientes y la institución hospitalaria.

El universo de estudio está constituido por el total de histerectomías totales abdominales realizadas durante el período comprendido entre los años 1993-1996 en nuestro centro hospitalario.

Del total se tomaron 210 casos (n=210), los cuales se escogieron al azar, cada 10 dígitos, a los que participarían en el estudio, hasta el total de 105 casos para cada una de las dos técnicas empleadas.

Se aplicaron los criterios de inclusión siguientes: enfermedades benignas del útero, intervenciones realizadas por turno electivo, nivel de hemoglobina preoperatoria aceptada por las normas establecidas nacionalmente, un especialista como cirujano principal y anexectomía como única complejidad del acto operatorio.

Los datos primarios fueron obtenidos a medida que se realizaron las histerectomías; se incluyeron los casos de acuerdo a los criterios planteados y se pasaron al modelo diseñado con ese fin en computadora. Luego, se le aplicó la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significación estadística de 95 % de confianza, para determinar posibles asociaciones entre variables.

Los resultados se plasman en tablas, se comentan y analizan de acuerdo con la literatura revisada. Se llega a conclusiones y se emiten recomendaciones

BREVE DESCRIPCION DE LA TECNICA MODIFICADA.

Después de una correcta identificación y preparación de la paciente, se sitúa en la mesa operatoria y con completo examen ginecológico bajo anestesia, se procede a una limpieza de la vagina y de la piel donde se va a operar.

Colocada la sonda de Foley y realizada la asepsia y antisepsia de la región abdominal, se colocan paños estériles y compresas aisladoras. Se procede a realizar incisión desde la piel hasta abrir el abdomen por planos y con la hemostasia correspondiente. Se colocan separadores, se fija el útero con tirabuzón y se tracciona hacia fuera de la cavidad pélvica.

Con pinza de disección sin dientes y tijera de Metzenbaum (con la curvatura hacia arriba) se incide el peritoneo visceral arciformemente, en un punto medio situado a 2 cm por encima de la vejiga y hasta 2 cm de los ligamentos redondos de ambos lados, para poder establecer un buen plano de clivaje.

Se rechaza la vejiga con disección roma o digitalmente de la zona de inserción del segmento inferior y de la zona superior del cuello, lo que permite la rectificación de ambos uréteres en su punto de entrada al trigono vesical. Luego, se abre una ventana en ambas hojas de los ligamentos anchos (de atrás hacia delante) con pinza de Master y se amplía digitalmente; igual proceder se realiza en el repliegue peritoneal situado entre el ligamento redondo y los ligamentos uteroováricos.

Después, se exponen y esqueletizan los vasos uterinos, y de ser posible, se deberá localizar las porciones inferiores (región pélvica) de ambos uréteres para evitar su lesión. En este momento se pinza, con Koshers curvas, las siguientes estructuras: arterias uterinas, ambos ligamentos redondos y uterosacros y ambos anejos; luego, se cortan y ligan.

Finalmente, se pinzan ambas arterias cervicovaginales y los ligamentos cardinales para su posterior corte y ligadura. Los pasos siguientes son los mismos descritos en la técnica clásica de Richardson.

RESULTADOS Y DISCUSION.

En la mayoría de nuestros casos, las pacientes fueron operadas por fibroma uterino (158 casos, 75.2 %), lo que coincide con la literatura revisada.^{1-5,7} Se demuestra que la mayoría de los casos precisaron histerectomías con

anexectomía, con ligero predominio en las que se operaron con la técnica modificada. Esto último, difiere con lo informado por otros autores, en cuyas casuísticas, la anexectomía acompañante se encuentra en porcentajes muy inferiores, en comparación con los encontrados por nosotros⁵ (Tabla 1).

En la Tabla 2 se observa la gran diferencia existente en cuanto a las pérdidas de sangre presentadas en cada una de las técnicas analizadas, con resultados más favorables en la técnica modificada. Se registra el uso de transfusiones sanguíneas de hasta el 31.5 % de las pacientes operadas.^{6,8} Estos resultados no coinciden con los nuestros, en los que el uso de transfusiones sanguíneas fue realmente insignificante.

La Tabla 3 muestra la amplia ventaja de la técnica modificada en relación con el tiempo quirúrgico promedio cuando se compara con la aplicación de la técnica clásica. Esta diferencia es ostensible, pues se llega a una reducción de hasta aproximadamente el 50 %.

Los porcentajes de complicaciones peroperatorias observadas en la Tabla 4, demuestran las ventajas de la técnica modificada con respecto a la clásica. Los casos de la técnica clásica fueron: 3 de vejiga (1 de urgencia), 1 de uréter y 1 de colon (ambas electivas). Con la técnica modificada fue solamente un caso de lesión de vejiga, en urgencia. Estos resultados no coinciden con los de la literatura revisada, que señalan las lesiones de uréter como las más frecuentes.

Se comprueba, como demuestra la Tabla 5, que los menores porcentajes de complicaciones se observan con la aplicación de la técnica modificada de Nicot. De acuerdo con la literatura revisada, las infecciones son las complicaciones más frecuentemente registradas durante el período postoperatorio, cuando la morbilidad oscila entre el 40 y el 43 %, en dependencia de los órganos afectados o de la calidad del hospital o del equipo médico.^{5,6,8} Rodríguez Llobera⁵, registra hasta el 12,8 % de infecciones de la pared abdominal.

CONCLUSIONES

1. Se describe una selección eficaz de pasos de las técnicas de la histerectomía total abdominal y vaginal, y de la cesárea segmentaria arciforma que modifican la técnica clásica de Richardson en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades benignas del útero.

2. Se demuestra las ventajas que representa para las pacientes la utilización de la técnica modificada para este tipo de entidad.

RECOMENDACIONES

1. Realizar este tipo de estudio en otros centros hospitalarios para su posterior generalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lambaudie E. Hystérectomie pour lésions bénignes: complications peropératoires et postopératoires précoces. Ann Clin 2000; 125:340-5.
2. Novak's Gynecology. 12th ed 1996. 543-762.
3. Te Linde's Operative Gynecology. 8th ed 1997. 771-854.
4. Pérez Velásquez C. Uso profiláctico de antibióticos en la histerectomía abdominal. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):28-33
5. Rodríguez Llobera A. Complicaciones postoperatorias. Instituto superior de ciencias médicas de La Habana. Facultad "Dr. Miguel Enríquez".
6. Fuentes Valdés E. Consumo de sangre en operaciones electivas de cirugía general. Rev Cubana Cir 1996:35(2).
7. Edelweiss MI. Estudio comparativo entre las indicaciones quirúrgicas y diagnóstico anatomopatológico de histerectomías en el hospital de clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA y Fac Med Univ Fed Rio Gd Do Sul 1996;16(3)230/2,dez.
8. Cullanco C. Morbilidad de la histerectomía vaginal abdominal en cirugías electivas en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion" Lima 1992:42.

TABLA 1. COMPLEJIDAD DE LA INTERVENCION SEGUN TIPO DE TECNICA.

TECNICA	COMPLEJIDAD OPERATORIA			
	SIN ANEXECTOMIA		CON ANEXECTOMIA	
	No.	%	No.	%
Clásica	41	39.0	64	61.0
Modificada	31	29.5	74	70.5
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>34.2</i>	<i>138</i>	<i>65.8</i>

p<0.05

TABLA 2. PROMEDIO DE SANGRE PERDIDA SEGUN TIPO DE TECNICA.

TECNICA	PROMEDIO PERDIDA SANGUINEA	
	SIN ANEXECTOMIA (ml)	CON ANEXECTOMIA (ml)
Clásica	632	637
Modificada	365	376

p<0.05

TABLA 3. PROMEDIO DE TIEMPO QUIRURGICO SEGUN TIPO DE TECNICA.

TECNICA	PROMEDIO TIEMPO QUIRURGICO	
	SIN ANEXECTOMIA (min)	CON ANEXECTOMIA (min)
Clásica	102	105
Modificada	45	66

p<0.05

TABLA 4. COMPLICACIONES PEROPERATORIAS SEGUN TIPO DE TECNICA.

TECNICA	COMPLICACIONES PEROPERATORIAS			
	SIN ANEXECTOMIA		CON ANEXECTOMIA	
	No.	%	No.	%
Clásica.	1	0.95	4	3.8
Modificada.			1	0.95

p<0.05

TABLA 5. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS SEGUN TIPO DE TECNICA.

TECNICA	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	
	No.	%
Clásica	18	17.1
Modificada	8	7.6

p<0.05