

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN IMÁGENES

Histerectomía total laparoscópica

[Laparoscopic total hysterectomy]

Hugo González

Departamento de Ginecología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja de Seguro Social, Panamá, República de Panamá.

Resumen

Objetivo del estudio: Demostrar la técnica de una histerectomía total laparoscópica así como explicar cómo resolver una dificultad debido a un sangrado. **Diseño:** Realizar paso a paso la cirugía a través de un video con narración.

Introducción: La histerectomía es el procedimiento quirúrgico que más se realiza en ginecología, sólo en Los Estados Unidos se efectúan más de 500,00 histerectomías por año. Las causas más frecuentes como indicación de una histerectomía por patología benigna son la fibromatosis uterina y los sangrados uterinos anormales. La primera histerectomía laparoscópica fue descrita por Reich en 1989 y mucho se ha avanzado desde aquella primera descripción en cuanto una técnica mejorada, desarrollo de mejor instrumental, así como imagen de alta calidad. Menos dolor postoperatorio, rápida recuperación, menor tasa de infecciones y un impacto positivo en la calidad de vida de las pacientes son algunos de los beneficios de este procedimiento por mínima invasión.

Intervención: En este caso realizamos una histerectomía total + salpingectomía total bilateral vía laparoscópica en una paciente de 44 años con cuadro de dolor tipo cólico bajo vientre, menorragia y anemia secundaria. Iniciamos la cirugía

con acceso a la cavidad abdominal a nivel umbilical con técnica abierta o de Hasson y luego colocamos tres trocáres accesorios de 5 mm en triangulación francesa además utilizamos una lente de 10 mm y 30° de visión y una torre de alta definición. A continuación efectuamos una inspección de la cavidad abdominopélvica y liberación de adherencia de epiplón a fosa iliaca derecha. Previo al inicio de la histerectomía identificamos ambos uréteres además de verificar la integridad del fondo de saco de Douglas.

Autor corresponsal

Hugo González
gz9712@gmail.com

Palabras claves

laparoscopia mínimamente invasiva, fibromatosis uterina, histerectomía.

Key words

minimally invasive laparoscopy, uterine fibromatosis, hysterectomy.

Fecha de Recibido

22 de abril de 2023

Fecha de Aceptación

20 de febrero de 2023

Fecha de Publicado

30 de abril de 2023

Aspectos bioéticos

aspbioetic

Financiamiento

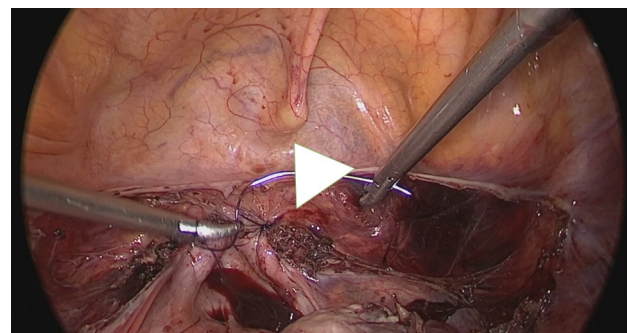
aspbioetic

Uso de datos

Los datos crudos anonimizados serán provistos a solicitud por el autor corresponsal.

Reproducción

Artículo de acceso gratuito para uso académico personal e individual. Prohibida reproducción para otros usos o derivados.



Demostración de la técnica de histerectomía total laparoscópica (Hacer clic sobre la imagen para ver video).

Iniciamos la histerectomía del lado izquierdo de la pelvis con la coagulación, sección y disección del ligamento redondo, hoja anterior del ligamento ancho, plica vesicouterina, mesosalpinx, ligamento uteroovárico y paquete vascular uterino y para este fin utilizamos dispositivo de energía avanzado de coagulación y sellado de las estructuras. Seguido pasamos a realizar maniobras iguales del lado derecho de la pelvis donde se presenta sangrado de origen venoso a la altura de inserción de ligamento uterosacro derecho y donde realizamos maniobras de clampeo - aspiración - visión para luego efectuar coagulación y sellado del vaso sangrante y controlar la situación. El siguiente paso corte de vagina con energía monopolar en modalidad de corte puro. Se extrae la pieza y se cierra la cúpula vaginal mediante puntos en "X" con un hilo absorbible, sintético y fuerza tenis de 30 días, calibre 1. Se verifica hemostasia se da por concluido el procedimiento.

Conclusión: La histerectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, reproducible y ofrece a las pacientes las ventajas de una cirugía por mínima invasión: menor dolor postoperatorio, rápida recuperación, menor tasa de infección del sitio operatorio además de calidad de vida después de la cirugía.

ABSTRACT

Purpose of the study: To demonstrate the technique of a laparoscopic total hysterectomy as well as to explain how to resolve a difficulty due to bleeding. **Design:** Perform step-by-step surgery through a video with narration.

Introduction: Hysterectomy is the most commonly performed surgical procedure in gynecology, in The United States alone more than 500,00 hysterectomies are performed per year. The most common indications for hysterectomy for benign pathology are uterine fibromatosis and abnormal uterine bleeding. The first laparoscopic hysterectomy was described by Reich in 1989 and much progress has been made since that first description in terms of improved technique, development of better instruments, as well as high quality imaging. Less postoperative pain, rapid recovery, lower infection rate and a positive impact on patients' quality of life are some of the benefits of this minimally invasive procedure.

Procedure: In this case we performed a total hysterectomy + bilateral total salpingectomy via laparoscopy in a 44-year-old female patient with colicky lower abdominal pain, menorrhagia and secondary anemia. We started the surgery with access to the abdominal cavity at the umbilical level with open or Hasson technique and then we placed three 5 mm accessory trocars in French triangulation and we also used a 10 mm lens and 30° of vision and a high definition tower. We then performed an inspection of the abdominopelvic cavity and release of the omentum adhesion to the right iliac fossa. Prior to the start of the hysterectomy we identified both ureters and verified the integrity of the cul-de-sac of Douglas. We began the hysterectomy on the left side of the pelvis with coagulation, section and dissection of the round ligament, anterior leaf of the broad ligament, vesicouterine plica, mesosalpinx, utero-ovarian ligament and uterine vascular bundle and for this purpose we used advanced energy device for coagulation and sealing of the structures. Then we proceeded to perform the same maneuvers on the right side of the pelvis where there is bleeding of venous origin at the level of insertion of the right utero-sacral ligament and where we performed clamping maneuvers - aspiration - vision to then perform coagulation and sealing of the bleeding vessel and control the situation. The next step is the cutting of the vagina with monopolar energy in pure cutting mode. The piece is removed and the vaginal vault is closed by means of "X" stitches with an absorbable, synthetic and tennis strength thread of 30 days, 1 gauge.

Conclusion: Laparoscopic hysterectomy is a safe, reproducible procedure and offers patients the advantages of minimally invasive surgery: less postoperative pain, rapid recovery, lower infection rate of the operative site as well as quality of life after surgery.