

CASO CLÍNICO

Histerectomía de alta complejidad I (vaginal: úteros de un kilo) Presentación de dos casos.

Dr. Rolando Calderón Donis¹ Dr. Juan Carlos Zea Vega² Dr. Erix Y. Reyes Morales³ Dr. William González⁴

RESUMEN

Existen muchas contraindicaciones relativas para la realización de histerectomía por vía vaginal, una de ellas es el tamaño aumentado del útero. Algunos autores limitan la histerectomía vaginal para úteros menores al equivalente de 12 semanas de gestación, otros hasta 16 semanas y algunos llevan el límite hasta las 20 semanas. El límite real está basado en la experiencia y habilidad del cirujano, características clínicas de la paciente y morfología uterina. Se ha demostrado que es seguro el realizar histerectomía vaginal en úteros de gran tamaño. Se presenta el caso de histerectomía vaginal total con útero de más de un kilo de peso.

Palabras clave: Histerectomía vaginal, morcelación, tamaño uterino.

ABSTRACT

Many relative contraindications to vaginal hysterectomy exist, one is the uterine enlargement. Many limited the use of vaginal hysterectomy for uterus equivalent size of less than 12 weeks, other up to 16 weeks and some up to 20 weeks. The real limit is base on the surgeon skill and experience, clinical characteristics of the patient and uterine morphology. Data show that vaginal hysterectomy is safe even if the uterus is enlarged. A case of a total vaginal hysterectomy in a uterus of more than one kilo is presented.

Key words: Vaginal hysterectomy, morcellation, uterine enlargement.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el principal procedimiento quirúrgico ginecológico que se realiza a nivel mundial. El tiempo ha pasado desde que la histerectomía vaginal era el estándar de la cirugía ginecológica. A pesar que actualmente la tendencia general es la búsqueda de procedimientos cada vez menos invasivos que procuren menos dolor y una rápida recuperación para la paciente, permitiendo su pronta reincorporación a sus actividades diarias, y aunque todos los estudios han demostrado que la histerectomía vaginal es el abordaje menos invasivo para la remoción quirúrgica del útero y el más costo-efectivo, las estadísticas alrededor del mundo y lo documentado a nivel nacional evidencian que la histerectomía vaginal es utilizada cada vez menos y que la histerectomía abdominal es la clara dominadora

^{1,2,3,4,5,6.} Una posible causa es la realización de histerectomías laparoscópicas, especialmente asistidas, en lugar de vaginales ⁶, otra la falta de experiencia y entusiasmo de los cirujanos ginecólogos que prefieren la vía abdominal por considerarla más fácil y segura ^{1,5,6}.

Se pueden enlistar muchas contraindicaciones relativas para la realización de la histerectomía vaginal, como podrían ser, antecedente de cirugía pélvica o parto por cesárea, sospecha de adherencias pélvicas, nuliparidad, patología anexial, poco acceso vaginal o útero aumentado de tamaño, etc. ^{1,2,3,4,7,8,9}. Sin embargo, estas contraindicaciones pueden ser superadas y los estudios demuestran que la histerectomía vaginal se puede realizar en forma segura hasta en el 84 ¹² al 97% ⁴, de los casos con los hallazgos antes mencionados y que normalmente hubieran sido abordados por vía abdominal ^{1,2,3,4,7,8,9}. Aunque se sabe que el antecedente de cesárea aumenta el riesgo de lesión vesical al momento de la histerectomía ¹⁰, los resultados de diferentes estudios no son concluyentes entre si existe mayor riesgo de lesión vesical si se utiliza el abordaje vaginal ¹⁰, además, varios estudios demuestran la seguridad de la vía vaginal en pacientes con cesárea previa ^{5,7,9,10}, y la mayoría concuerda con que el tener antecedente de cesárea no contraindica la vía vaginal ^{7,9,10}. La nuliparidad tampoco es una contraindicación por si sola para el abordaje vaginal y se puede realizar con altas tasas de efectividad sin aumentar las complicaciones ^{7,9}. En relación con el útero aumentado de tamaño, también existen varios estudios que sugieren que está no debería de ser una contraindicación para realizar histerectomía vaginal ^{1,2,4,7,9,11,12}. Sin importar el tamaño del útero, una vez los ligamentos uterosacros y cardinales han sido seccionados, los vasos uterinos se pueden ligar con facilidad ^{4,11}. Una vez ligadas las arterias uterinas la morcelación es efectiva, segura ^{7,9,12} y con escaso sangrado ^{7,12} en especial si se aplica tracción al útero ². Para ello es importante que el cirujano ginecólogo esté familiarizado con las diferentes variedades de técnicas de morcelación y esté preparado para utilizarlas ^{2,12}. Es también prudente informar preoperatoriamente a la paciente que la vía laparoscópica o abdominal pueden ser necesarias si no es posible finalizar la cirugía por la vía vaginal ².

PRESENTACIÓN DE CASO 1

Paciente E.P.H. femenina de 44 años, unida, católica, operaria de máquina industrial, quien consulta el 18 de enero del 2010 con historia de masa abdominal de un año de evolución la cual está aumentando de tamaño, asociado a menstruaciones abundantes y dolorosas. Paciente sin antecedentes médicos importantes. Como único antecedente quirúrgico, operación esterilizante hace siete años. Gineco-obstétricos: Gestas cuatro, cuatro partos. Ciclos menstruales irregulares de tres a cuatro días con abundante sangrado y dolorosas. Al examen físico: índice de masa corporal (IMC) 24%, signos vitales estables y normales, con buen estado general. Abdomen ligeramente globoso con ruidos gastrointestinales normales. A la palpación, abdomen depresible sin signos de irritación peritoneal, con presencia de tumor sólido móvil no doloroso de bordes bien definidos con límite superior a nivel del ombligo, de aproximadamente 10 cm. de ancho. Ginecológico: genitales externos de aspecto sano de múltipara. Cérviz de aspecto sano sin lesiones evidentes con hemorragia trans-

¹ Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Doctor Juan José Arévalo Bermejo (HGJJAB). Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). E-mail: rolandocald@hotmail.com

² Especialista, Titular de la Unidad de Endoscopia Ginecológica, Departamento de Ginecología y Obstetricia. HGJJAB. IGSS.

³ Jefe de Servicio, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Departamento de Ginecología y Obstetricia. HGJJAB. IGSS.

⁴ Jefe de Residentes, Departamento de Ginecología y Obstetricia. HGJJAB. IGSS.

cervical moderada de aspecto menstrual. Al tacto vaginal bimanual; útero móvil de bordes irregulares con tumor leñoso que protruye en la región del ligamento ancho derecho y otro que se extiende desde el fondo uterino haciendo cuerpo con el útero hasta el ombligo y que corresponde con la masa palpada al examen abdominal (figura 1). El útero en su totalidad mide clínicamente el equivalente a embarazo de 20 semanas. Pelvis amplia.

Se realizó estudio ecográfico que reporta hígado, vesícula y vías biliares ecográficamente normales. Bazo y páncreas de aspecto normal. Hidronefrosis renal derecha leve. El útero se observa aumentado de tamaño, con imagen heterogénea, que sugiere leiomioma la cual se localiza en la pared lateral derecha, dicha imagen mide 17 x 9 x 12 cm y que protruye hacia la cavidad abdominal en dirección a la fosa ilíaca derecha. Cavidad endometrial vacía de 9 mm. Los ovarios se observan normales. No hay líquido libre en el fondo de saco de Douglas.

Los estudios preoperatorios fueron normales excepto el electrocardiograma que evidenció sobrecarga diastólica del ventrículo izquierdo. Por el hallazgo electrocardiográfico se realizó ecocardiograma Doppler, el cual reportó: Estudio ecocardiográfico dentro de límites normales. Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada con FEVI del 60% sin alteraciones de la movilidad global ni segmentaria. No hay evidencia ecocardiográfica de cardiopatía dilatada en este momento. La evaluación preoperatoria por cardiología documento riesgo quirúrgico bajo.

Luego de completar su evaluación preoperatoria se dio plan educacional a paciente y con su consentimiento se programó para realizar histerectomía vaginal total el 17 de marzo de 2010.

Paciente es llevada a sala de operaciones y bajo efectos de anestesia raquídea se coloca en posición de litotomía. Antisepsia y colocación de campos estériles en la forma habitual. Se pinzan los labios anterior y posterior del cérvix con pinza de Schroeder, infiltrando cérvix con 5cc de lidocaína con epinefrina. Luego de delimitar el pliegue vesical se realiza incisión cervical circular con bisturí monopolar en todo el cérvix (figura 2). Se localiza y secciona con tijera el septum supravaginal hasta abrir el fondo de saco anterior. Posteriormente se realizó lo mismo con el pliegue posterior hasta abrir el fondo de saco posterior.

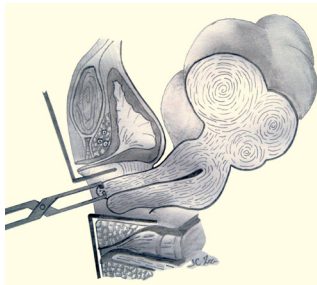


Figura 1. Esquema de la forma del útero y su relación con el fibroma.



Figura 2. Incisión en cérvix con bisturí monopolar.

Utilizando pinza LigaSure Impact™ (ValleyLab, Boulder, CO) se pinzan, coagulan y seccionan los ligamentos útero-sacos y cardinales en ambos lados (figura 3). Se repite el mismo procedimiento con las arterias uterinas. Luego de la cauterización de las arterias uterinas se observó en la cara posterolateral derecha la presencia de un mioma procediendo a desencapsularlo y removerlo para mejorar el campo quirúrgico (figura 4).

Se identificaron, pinzaron, coagularon y seccionaron los pedículos superiores, dejando el útero libre de toda inserción. Se localizó el plano de disección entre el fondo uterino y el mioma de mayor tamaño logrando retirar el útero (figura 5). Posteriormente se realizó morcelación del mioma con bisturí monopolar y tijera fría (figura 6) hasta lograr la extracción de la pieza por el canal vaginal (figura 7).

Al realizar la revisión de los anexos se observó hidrosalpinx izquierdo de 4 x 3 cm e hidrosalpinx derecho de 4 x 4 cm, procediendo a realizar salpingectomía izquierda y salpingooforectomía derecha. Se revisaron pedículos para comprobar hemostasia, la cual fue adecuada, por lo que se procedió a realizar cierre de cúpula vaginal con puntos en "U" separados con catgut crómico 1, con aguja de 36 mm (CT-1). El procedimiento termina sin complicaciones en un total de 78 minutos. Se coloca catéter vesical de Foley con bolsa recolectora a gravedad, obteniendo orina clara, la sonda se retiró 24 horas después. La paciente tolera adecuadamente el procedimiento y sale en buenas condiciones de sala de operaciones. Cursa con postoperatorio normal teniendo alta hospitalaria a las 72 horas posteriores.

Estudio anatomopatológico reporta: útero de 14 x 7 x 4 cm. Por aparte varios fragmentos de tejido blanquecino de 13 x 10 x 9 cm. (figura 8) Peso de la pieza quirúrgica 1,093 gramos. Al estudio microscópico, cérvix: cervicitis crónica con quiste de Naboth, endometrio: proliferativo, miometrio: leiomiomas. Trompas de Falopio derecha e izquierda: con quistes serosos paratubáricos. Ovario derecho: cuerpos blancos.

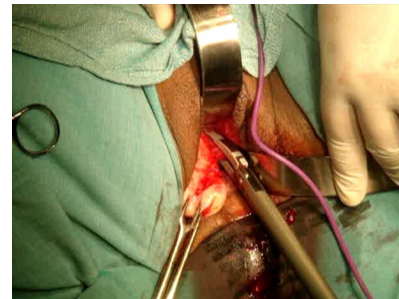


Figura 3. Coagulación y corte de ligamentos útero-sacos y cardinales izquierdos.



Figura 4. Se realiza la resección del primer mioma para ampliar el espacio quirúrgico.

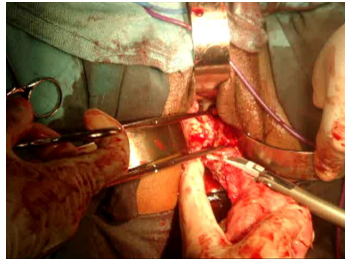


Figura 5. Momento en el que se resea el cuerpo uterino.

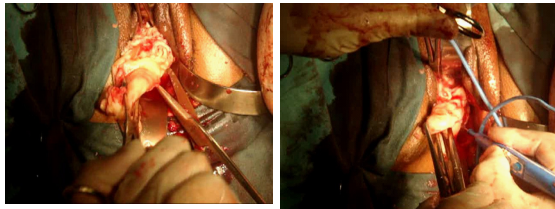


Figura 6. Morcelación del mioma con fijera fría (izquierda) y con bisturí monopolar (derecha).

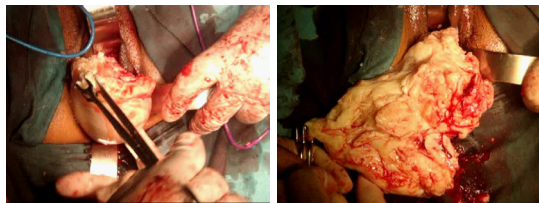


Figura 7. Extracción de la primera parte del mioma de mayor tamaño (izquierda) y la extracción de la última parte de la pieza quirúrgica (derecha), se puede notar el gran tamaño, a pesar de haber sido ya morcelada en varios fragmentos.

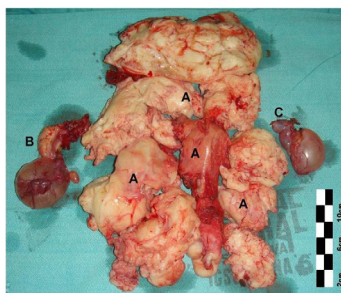


Figura 8. Pieza quirúrgica. A) Útero con todos los fragmentos morcelados. B) trompa y ovario derecho. C) trompa izquierda. En la escala cada cuadro corresponde a 2 cm.

PRESENTACIÓN DE CASO 2

Paciente S.Ch.Ch. femenina de 39 años, casada, evangélica, beneficiaria. Fue referida del interior del país con diagnóstico de fibromatosis uterina gigante y anemia (hemoglobina de 8 gr/dl) secundaria a metrorragia. Paciente sin antecedentes médicos o quirúrgicos importantes. Gineco-obstétricos: Gestas tres, todos partos vaginales. Ciclos menstruales irregulares y muy dolorosos. Examen físico IMC 29%. Signos vitales estables y normales. Abdomen depresible con masa abdomino-pélvica palpable equivalente a embarazo de 16 semanas sólida, móvil, no dolorosa. Ginecológico: genitales externos de aspecto normal, al espejuelo vagina sana, cérvix elongado entreabierto con protrusión de masa que ocupa el orificio cervical, hemorragia transcervical moderada. Al tacto bimanual, útero aumentado de tamaño, de contorno regular, anexos no palpables.

Estudios preoperatorios con la hemoglobina descrita por lo demás normales. Estudio ecográfico reporta útero de 8.4 x 3.1 cm. En la cara posterior evidencia masa de 21 x 11 cm, la cual ocupa el fondo de saco posterior y que desplaza el útero en sentido cefálico y anterior alargando el cuello uterino (figura 9).

Con la misma técnica descrita en el caso anterior se realizó el 30 de abril de 2010 histerectomía vaginal simple. A diferencia del caso anterior, se tuvo que realizar la morcelación de la pieza en una etapa más temprana del procedimiento ya que el mioma ocupaba el fondo de saco posterior desplazando el cuerpo uterino y los vasos en sentido cefálico lo cual dificultó la identificación y sección de los peritoneos anterior y posterior (figura 10).

Se extrae el mioma primero y luego el cuerpo uterino (figura 11) terminando el procedimiento sin complicaciones en 90 minutos. Se coloca catéter vesical de Foley con bolsa recolectora a gravedad, drenando orina clara, la cual se retiró 24 horas después. Estudio patológico reporta cérvix de 7 x 4 x 3 cm, cuerpo uterino de 14 x 10 x 4 cm y múltiples fragmentos de tejido blando, irregulares y blanquecinos que en totalidad mide 24 x 19 x 7 cm (figura 12). Con peso de 1022 gr. Paciente cursa con postoperatorio normal, obteniendo alta a las 48 horas post operatorias.

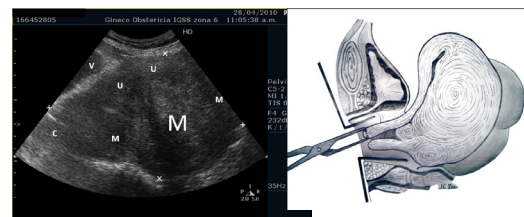


Figura 9. Izquierda. Imagen del estudio ecográfico preoperatorio, donde V vejiga, C cérvix, U útero, M mioma. Derecha. Esquema de la forma del útero y su relación con el fibroma.

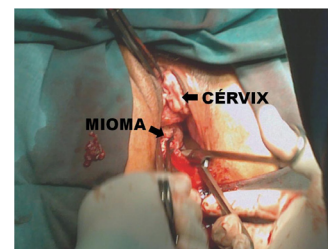


Figura 10. Relación entre el mioma y el cérvix, en este momento se inicio la morcelación del mioma para permitir el acceso a los vasos uterinos, ya que el mioma desplazaba los mismos en sentido cefálico y por su tamaño no permitía el acceso a los mismos.

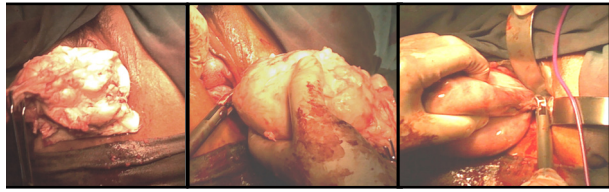


Figura 11. Izquierda, momento en el que se realiza la extracción del fibroma, el cuerpo uterino aun esta en cavidad y los pedículos superiores aún no se han ligado. Centro, sección del último pedículo entre el fibroma y el útero. Derecha, extracción del cuerpo uterino, momento en el que se seccionan los pedículos superiores.



Figura 12. Pieza quirúrgica extraída. En el recuadro (fuera de escala) se observa la cavidad del útero donde se localizaba el mioma. En la escala el lado izquierdo es 1 cm y lado derecho es 2 cm.

DISCUSIÓN

Están bien demostradas las ventajas de la histerectomía vaginal, las cuales no han sido superadas por ninguna otra técnica. Sin embargo, existen limitantes para su realización, la mayoría de ellas relativas. Al final, la principal limitante es la experiencia y confianza que se tenga con la técnica y el deseo de realizar el procedimiento por vía vaginal. Se han realizado estudios en los que se demuestra una a una que las “contraindicaciones” pueden ser superadas con resultados satisfactorios y sin aumentar la morbilidad, que es al final de cuentas lo más importante.

Con los casos presentados se pone en evidencia que el tamaño es efectivamente una contraindicación relativa, y si las condiciones clínicas de la paciente lo permiten, es factible poder realizar el procedimiento por vía vaginal a pesar del volumen uterino aumentado. En realidad existen pocas contraindicaciones absolutas, entre las que se podrían incluir endometriosis severa, útero con tamaño mayor al equivalente a 20 semanas de gestación y enfermedad pélvica maligna avanzada³, a éstas se deben incluir la inexperiencia en la técnica y el rechazo de la paciente al abordaje vaginal. Finalmente, las contraindicaciones para determinado abordaje (vaginal, laparoscópico o abdominal) varían debido a que se basan más en las preferencias personales que en la evidencia objetiva^{4,5,8}.

Como dijo George Morley MD, “esperemos que la histerectomía vaginal nunca sea para el cirujano ginecológico, lo que el parto en podálica se ha convertido para el obstetra”³.

REFERENCIAS

1. 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* 2002;187:1561-1565.
2. Doucette RC, Sharp HT, Alder SC. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1386-1389.
3. Occhino JA, Gebhart J.B. Difficult vaginal hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol*. 2010;53(1):40-50.
4. Paparella P, Sizzi O, Rossetti A, De Benedittis F, Paparella R. Vaginal hysterectomy in generally considered contraindications to vaginal surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2004;270(2):104-109.
5. Unger JB, Meeks R. Vaginal hysterectomy in women with history of previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1473-1478.
6. Zea JC, Calderón R, Reyes EY, Ovando A, Pérez ER, Pérez MA, Alvarado S. Histerectomía por patología benigna: ¿abordaje vaginal, laparoscópico o abdominal? ¿Una decisión basada en evidencia? Situación actual en Guatemala. *REVCOG* 2010; [Epub ahead of print]
7. Figueiredo O, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi III MA, Pelosi MA. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus: experience with 300 consecutive operations. *Obstet & Gynecol* 1999;94(3):348-351.
8. Kulkarni MM, Rogers RG. Vaginal hysterectomy for benign disease without portlapse. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53(1):5-16.
9. Le Tohic A, Dhainaut C, Yazbeck Ch, Hallis C, Levin I, Madelenat P. Hysterectomy for benign uterine pathology among women without previous vaginal delivery. *Obstet & Gynecol* 2008;111(4):829-837.
10. Rooney ChM, Crawford A, Vassallo B, Kleeman SD, Karram MM. Is previous cesarean section a risk for incidental cystotomy at the time of hysterectomy?: A case-controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2041-2044.
11. Magos A, Bournas N, Sinha R, Richardson RE, O'connor H. Vaginal hysterectomy for the large uterus. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:246-251.
12. Unger JB, Vaginal hysterectomy for the woman with a moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 grams. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1337-1344.