



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (1): 38-39

COMUNICACIONES CORTAS

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Informe preliminar sobre 12 casos

[JAIME SEMINARIO*](#)

Resumen

Este estudio es un examen crítico de los resultados, indicaciones y complicaciones de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, técnica que se está introduciendo en nuestro país, con disminución del número días de hospitalización, del dolor postoperatorio y con cicatrices mínimas.

Palabras clave: Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, laparoscopia.

Summary

This is a critical study on indications, complications and results of vaginal hysterectomy assisted by laparoscopy, technique that is being introduced in our country, resulting in small wounds and decrease of both hospitalizations days and postoperative pain.

Key words: Vaginal hysterectomy assisted by laparoscopy, laparoscopy.

Introducción

La primera histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVL) fue notificada en 1989. El entusiasmo por este adelanto técnico se ha manifestado en Estados Unidos de Norteamérica por abundantes publicaciones" y gran número de cursos; de educación médica en que se enseña el procedimiento.

En nuestro país se comenzó a emplear la técnica en 1993, en algunos centros privados, experiencias que aún no han sido publicadas. Es por esta razón que, a pesar del poco número de pacientes intervenidos, publicamos este informe preliminar con el objeto de difundir sus indicaciones y beneficios.

Material y Métodos

Se analizó 12 historias clínicas de mujeres sometidas a HVL entre diciembre de 1993 y julio de 1994 en la Clínica Internacional. Se registró la siguiente información: indicación, paridad, antecedentes de cirugía de la pelvis o del



abdomen y de enfermedad inflamatorio pélvica, diagnóstico preoperatorio de endometriosis, técnica y procedimiento operatorio, transfusiones, complicaciones, peso uterino y número de días de hospitalización. Todas las intervenciones fueron realizadas en la Clínica Internacional, a excepción de una efectuada en el Hospital Arzobispo Loayza.

Técnica Quirúrgica

Todas las pacientes recibieron anestesia general y fueron colocadas en posición de dorsilitotomía. Se usó antibiótico profilaxis (3 dosis). Se introdujo una cánula de Rubin a través del cuello uterino para poder manipular el útero. Se insufló la cavidad peritoneal con una aguja de Veress; se colocó un trocar de 10 mm en el ombligo, por el que se introdujo un videolaparoscopio. Se instaló un monitor al pie de la mesa de operaciones. Se colocó sólo dos trócares de 5 mm a cada lado del abdomen. Se empleó los siguientes instrumentos: Endoshears, Endodissects, Endograsp y una pinza bipolar Kepplinger.

Los ligamientos redondos fueron cauterizados y cortados con tijeras. Se cortó la hoja peritoneal anterior y se rechazó hacia abajo, separando la vejiga del útero. Se electrocoaguló los ligamentos infundibulopélvicos y se los cortó cuando se deseó extirpar los ovarios. Cuando se conservó los ovarios, se electrocoaguló los ligamentos utero-ováricos, trompas y ligamento ancho.

Se completó la fase laparoscópica coagulando las arterias uterinas; los ligamentos uterosacros fueron cortados con tijeras; igualmente, se abrió la vagina con tijeras. El resto de la histerectomía es por vía vaginal, según técnica habitual, con extirpación del útero y los ovarios. Luego de la suspensión y cierre de la vagina, se reinsufló el abdomen y se revisó la hemostasia. Se analizó las indicaciones, edad, peso uterino y los casos en que se extirpó los anexos.

Tabla 1. Histerctomía vaginal asistida por laparoscopia		
	N	%
Indicaciones		
Leiomomatosis	10	83
Masa en los anexos	2	16
Incontinencia urinaria de esfuerzo	4	33
Procedimientos afines		
Salpingooforectomía bilateral	3	25
Salpingooforectomía unilateral	1	8
Colporrafía anterior	4	33
Colporrafía posterior	2	16
Resultado de la intervención quirúrgica		
Tasa de complicaciones	1	
Pacientes que recibieron transfusiones	0	
Peso uterino (promedio)	230 g (80-320 g)	
Hospitalización (días)	2,2	



Resultados

Las características de las 12 pacientes sometidas a HVL fueron: edad promedio 41 años, paridad promedio 2,2 hijos; 75% había tenido una cirugía previa y 50% más de dos cirugías previas; 50% no había tenido partos vaginales, sólo cesáreas. La patología más frecuente fue la miomatosis uterina (80%), tumoraciones anexiales mayores de 5 cm (20%).

Además de la histerectomía total, se realizó ooforosalinguectomía uni o bilateral en el 30% de los casos y colporrafía anterior en el 30% de los casos. Hubo una complicación en las pacientes: infección de las vías urinarias que necesitó tratamiento antibiótico parenteral.

Comentario

Antes del advenimiento de la HVL, todas las pacientes hubieran sido sometidas a una histerectomía abdominal, ya sea por antecedente de cirugía pélvica, ningún parto vaginal, tumoración anexial, entre otros.

Se ha publicado los resultados; de varias series de HVL. Aunque las indicaciones para la práctica de esta intervención son claras, se puede ofrecer varias pautas. Obviamente, las mujeres que han tenido hijos con parto normal, que no tienen antecedentes de cirugía, endometriosis ni enfermedad inflamatoria pélvica, por lo general no necesitarán someterse a una HVL, para que la histerectomía vaginal sea segura y tenga éxito. Por otra parte, las mujeres que tengan el útero del tamaño como un embarazo de más de 14 semanas, extensas adherencias pélvicas y casos confirmados o probables de cáncer genital, necesitarán, de ordinario, una laparotomía.

Las indicaciones para la práctica de la HVL son de dos clases: sustitución de la histerectomía abdominal por la vagina e histerectomía de un caso con patología de los anexos confirmados o presumibles. Las posibles indicaciones concretas para realizar una HVL son: antecedente de cirugía de la pelvis, casos de endometriosis, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, nuliparidad acompañada de ausencia de prolapso uterino, garantizar la extirpación de los ovarios. De ninguna manera se piensa que la histerectomía vaginal está contraindicada en úteros aumentados de tamaño, pero no es una indicación común para realizarlas, pues siempre hay mayor dificultad y riesgo de una complicación inmediata (sangrado o hematomas) o, posterior, como una celulitis pélvica.

Si bien alguien podría decir que es sencillo extirpar los ovarios a través de una histerectomía vaginal, es bastante incómodo. Y la prueba es que, en EE.UU., menos del 2% de las histerectomías vaginales son realizadas con ooforectomía bilateral.

Se podría pensar que los costos son más altos. Pero, en realidad, la facturación es semejante, ya que con esta técnica no se usa material descartable (Endo GIA).

Este es un informe preliminar. Debido a que la HVL tiene indicaciones precisas, reunir una gran serie significa más tiempo o que varios ginecólogos realicen el procedimiento. Pienso que este artículo estimulará a publicar y así, poder comparar los resultados de diferentes técnicas laparoscópicas para asistir una histerectomía.

Referencias Bibliográficas

1. Reich HJ, De Carpio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. J Gynecol Surg 1989; 5: 213-6.
2. Summit RL, Stovall TG, Lipscomb GH, Ling FW. Randomized comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in an Outpatient setting. Obstet Gynecol. 1992; 80: 895-901.
3. Guy MB, Eefstraud EP, Del Pierre G. Histerectomía vaginal laparoscópica en un hospital universitario. El Hospital 1993; 49: 11-28.