

53. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA HISTERECTOMÍA

Dr. Harald Krentel

En la cirugía ginecológica la histerectomía abierta casi siempre es innecesaria. Para evitar la histerectomía abierta y para aprovechar las conocidas ventajas de la cirugía mínimamente invasiva existen varios métodos para realizar una histerectomía: la histerectomía laparoscópica (HL), la histerectomía vaginal (HV), la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) y la histerectomía supracervical laparoscópica (HSLA). La elección de una de estas técnicas depende de la indicación y un diagnóstico preoperatorio exacto. En muchos casos el cuerpo uterino lleva la patología, como por ejemplo en casos de miomas y/o sangrado irregular. Para evitar la resección innecesaria de tejidos sanos la HSLA es una opción simple de tratar síntomas causados por el cuerpo uterino. La HSLA es una técnica laparoscópica con pocas complicaciones debido a una técnica simple y fácil de aprender. Como dice el nombre la disección del cuerpo uterino se realiza en la zona supracervical, así que el cirujano normalmente no debe tocar la vejiga y mantener una distancia de unos centímetros del uréter. La indicación típica para la HSLA es el útero miomatoso y/o la menometrorragia en pacientes con una vagina estrecha y una cesárea en su historia. En algunos casos la HSLA puede ser entendido como alternativa a la miomectomía laparoscópica, una cirugía más compleja y más difícil. Si la paciente niega el deseo de tener hijos en el futuro la HSLA representa un método que respeta el deseo de la paciente de no perder todo el útero. La paciente moderna también a veces tiene el deseo de una cirugía que no lesiona la vagina y el piso pélvico. Luego de una HSLA en 5-20 % dependiendo de la técnica de la cirugía, va haber un sangrado mensual por la mucosa del cuello uterino. Particularmente en pacientes jóvenes esto puede ser un factor importante con respecto a la edad.

En caso de una endometriosis rectovaginal o de los ligamentos uterosacos, una adenomiosis, de un mioma cervical o cambios premalignos o malignos del cuello uterino la HSLA no se debe realizar. Un diagnóstico preoperatorio muy exacto con estudio citológico de Papanicolaou sin presencia de displasia es obligatorio antes de la HSLA. Para completar el diagnóstico se puede realizar una colposcopia y una histeroscopia. Otra condición para la conservación del cuello uterino es la prevención anual, así que la HSLA no es una técnica adecuada para una paciente que no tiene acceso regular a un ginecólogo. Con controles anuales el riesgo de tener un cáncer del cuello uterino luego de una HSLA es según Hucke et al. ⁽⁴⁾ 0,1 - 0,2 %, en comparación con un riesgo de 0,17 % de tener un cáncer del muñón de la vagina luego de una histerectomía completa ⁽⁵⁾. En el 2007 Murillo et al ⁽⁶⁾ pu-

blicaron una comparación de la HSLA con HL y HVAL. La HSLA tenía la duración más corta, la tasa más baja de complicaciones y la estadía en el hospital más corta. Según Lieng et al ⁽⁷⁾ 90 % de las pacientes estaban satisfechas con la cirugía después de 3 años. Sin embargo la HSLA solamente representa una alternativa en algunos casos. Si se quiere realizar una histerectomía completa quedan la HL, la HVAL y la HV. En una comparación de la HV con la HL Johnson et al ⁽⁶⁾ revelaron que la HL no tiene ninguna ventaja a la HV pero una duración más larga. La conclusión de este review con 3643 pacientes es que la HL es una alternativa cuando la HV no es posible. Garry et al ⁽³⁾ en el 2004 publicaron un resultado parecido y Morelli et al presentaron que la HL tiene más complicaciones en comparación con la HV. La tasa de complicaciones naturalmente depende de la experiencia del cirujano y en varias publicaciones se habla de la curva de aprendizaje. Sin embargo la evaluación de complicaciones urológicas y complicaciones mayores en la literatura actual con más que 900 publicaciones muestra que la HL es el método de histerectomía más inseguro. Los factores de riesgo son un útero > 800 gr, una nulípara y una cesárea previa. La pregunta entonces es: ¿Qué hago con un útero grande para a) evitar una histerectomía abierta y b) complicaciones urológicas? (Abb. 1).



Abb. 1: Útero de 2400 gr – HSLA+ (Tschartchian)

Una alternativa interesante es la combinación de una HSLA con morcelación del cuerpo uterino con un morcelador eléctrico y la resección del cuello uterino por vía vaginal (HSLA+). Esta técnica que ha sido publicado por Tchartchian et al ⁽¹⁰⁾ en el 2010 permite la histerectomía mínimamente invasiva hasta un peso uterino de aprox. 3 kilos. Si el útero esta móvil y la vagina permite una morcelación vaginal, la HVAL es el método más rápido en comparación con la HSLA+. La HVAL en estos casos tiene las ventajas que no se necesita un morcelador y la morcelación se realice en el extraperitoneo asegurando que no se pueden perder fragmentos del tejido que se pueden sembrar en el peritoneo. Según Ark et al ⁽¹⁾ la HVAL en uteri > 500 gr es una técnica segura y eficiente. En estos casos se habla de la HVAL tipo 3 según la clasificación de Neis y Brandner ⁽²⁾, que significa la preparación de la veji-

ga y disección de la A. uterina por laparoscopia y luego la HV. Interesantemente el uso de la HVAL finalmente llega a una tasa más alta de histerectomías vaginales. La HV es el método más barato y más rápido. En comparación con la histerectomía abierta la HV tiene las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Ya en el 1924 Stoeckel⁽⁹⁾ comentó en una publicación que las pacientes prefieren la HV ante la HA. Hablando sobre el resultado estético la HV no tiene ninguna incisión visible, así que se podría llamar también histerectomía zeroport. Así que prefiero en casos con un ultrasonido prequirúrgico negativo y ninguna sospecha de algún hallazgo intraabdominal la HV hasta un peso uterino aprox. de 400 gr. En pacientes con cirugías previas, con sospecha de adherencias, masas anexiales y en uteri > 400 gr la HVAL es el método adecuado. En combinación con la anexectomía bilateral también en casos de cáncer del endometrio FIGO I. La HSLA+ es una alternativa en casos con un útero muy grande y poco espacio vaginal, en cuanto la HSLA es una alternativa que se puede ofrecer a la paciente. Según la literatura actual el acceso ideal para una histerectomía es la HV o HVAL. Para finalmente evitar la HA, la HL en manos de un laparoscopista avanzado es una alternativa.

REFERENCIAS

1. Ark et al, Experience with laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy for the enlarged uterus. Arch Gynecol Obstet. 2009 Sep;280(3):425-30
2. Brandner P et al, Die Bedeutung der laparoskopisch assistieren vaginalen Hysterektomie - LAVH. Zentralbl Gynäkol 117 (1995)
3. Garry R et al, EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. 2004.
4. Hucke J et al, Frauenarzt 2004; 45 (7): 681-682
5. Jenkins TR et al, Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 1875-1884
6. Johnson N et al, Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev;2006 Apr 19;(2):CD003677.
7. Lieng et al, BJOG, 2008 Aug 25
8. Murillo A et al, Ginecol Obstet Mex, 2007 Nov; 75 (11): 667-77
9. Stoeckel W et al, Lehrbuch der Gynäkologie. 1924. Berlin
10. Tchatchian G et al, No more abdominal hysterectomy for myomata using a new minimally-invasive technique. International Journal of Surgery 20

54. SELECCIÓN DE CASOS: MIOMA UTERINO

Dr. Harald Krentel

La planificación familiar de la paciente es el factor más importante para la selección del tipo de cirugía en una paciente con útero miomatoso sintomático. Dependiendo de este factor, más la edad de la paciente y la relación entre el tamaño uterino y el tamaño del mioma (o miomas) una histerectomía como HSLA o HVAL puede ser una alternativa a una miomectomía laparoscópica. Particularmente la HSLA es una cirugía más simple y con menos sangrado y menos complicaciones. Estas decisiones sola-

mente se pueden tomar después de una anamnesis exacta y una información detallada de la paciente. Aspectos como tasa de recurrencia de miomas, inversión versus utilidad, riesgo versus utilidad deben ser considerados en combinación con el deseo de la paciente y su estado general para decidir entre miomectomía o histerectomía.

La miomectomía se puede realizar por laparotomía, laparoscopia o histeroscopia operatoria, la resectoscopia. Para elegir la técnica indicada los factores siguientes son importantes: tamaño del mioma, número de miomas, localización de miomas. En la mayoría de los casos se puede realizar la intervención mínimamente invasiva para evitar un corte con todas sus desventajas. Sin embargo a partir de un gran número de miomas la laparotomía es el método más rápido y más eficiente. Pero siempre hay que tener en cuenta que una laparotomía lleva un riesgo más alto para tener adherencias del útero y los anexos en el postoperatorio, una aspecto que tiene mucho importancia a lo tanto la indicación de la cirugía en muchos casos es la infertilidad. La miomectomía laparoscópica es una intervención que requiere un laparoscopista con conocimientos avanzados. La calidad de la cirugía y sobre todo de la reconstrucción uterina depende de los conocimientos y habilidades del operador y su curva de aprendizaje. Sin embargo un robot como algunos médicos postulan no es necesario para llegar a un resultado optimal. Con suturas nuevas con ganchos y sin necesidad de hacer nudos intracorporales la sutura es un procedimiento más seguro y más fácil.

Un examen exacto preoperatorio es la clave para una miomectomía exitosa. El diagnóstico nos permite las respuestas a todas las preguntas acerca de número, localización, tamaño de miomas, tamaño del útero, endometrio y estructura de miomas. El mismo operador debe realizar el examen y el ultrasonido para indicar correctamente la procedura y para poder imaginarse la cirugía. Antes de una miomectomía siempre se debe realizar una histeroscopia diagnóstica para detectar impresiones de la cavidad uterina por un mioma intramural, para darse cuenta de una anatomía irregular y para evaluar todo el aparato reproductivo. La realización de varias histeroscopías diagnósticas también es la base para la resectoscopia en caso de miomas submucosos. Conocimientos básicos en el manejo de la hiperhidratación como complicación importante de la resectoscopia son obligatorios para tratar las pacientes.

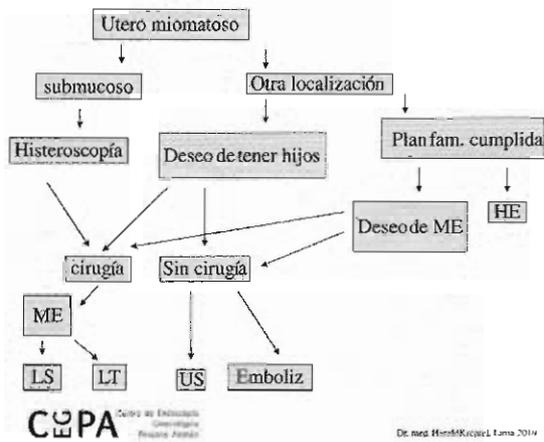


Abb. 1: Tratamiento del útero miomatoso

La decisión por una miomectomía endoscópica depende en el caso de la laparoscopia del número de miomas, del tamaño de los miomas, de la localización y así del número de suturas endoscópicas y la duración de la intervención. El factor más importante es la experiencia del cirujano al respecto de la calidad de la cirugía y el resultado. Las razones principales para una conversión son las siguientes: diámetro > 5 cm, mioma intramural, uso preoperatorio de GnRH análogos. Según la literatura la tasa de conversiones a una laparotomía es entre 2 – 8 %. En el 2007 Sizzi et al. Revelaron en un estudio la correlación del número de miomas y la tasa de complicaciones en miomectomía laparoscópica. Las complicaciones se aumentan en cirugías con más que 3 miomas. Naturalmente esto depende mucho de la localización de los miomas, así que también existe la relación entre localización y complicación. Un mioma intramural requiere una cirugía más compleja que un mioma subseroso. De las publicaciones sobre miomas e infertilidad se sabe que los miomas subserosos no tienen mucha importancia en la infertilidad. Sizzi et al. Publicaron una tasa de rupturas en 0,26 % de 2050 pacientes con miomectomía laparoscópica.

El uso de GnRH análogos no es recomendable en la miomectomía laparoscópica pero si en algunos casos de resectoscopia. Los análogos si pueden reducir el diámetro de los miomas. En caso de un mioma submucoso la duración de la resectoscopia y así el riesgo de complicaciones puede ser disminuído con el tratamiento. En comparación, en una miomectomía laparoscópica la duración esta aumentada, la tasa de recurrencia está más alta (Rossetti et al.) y el riesgo de complicaciones está más grande (Dubuisson et al.) usando GnRH análogos en el preoperatorio.

El éxito de una resectoscopia también depende del número de miomas, de su tamaño y su localización según la clasificación de Wamsteker (Abb. 2 y Abb. 3).

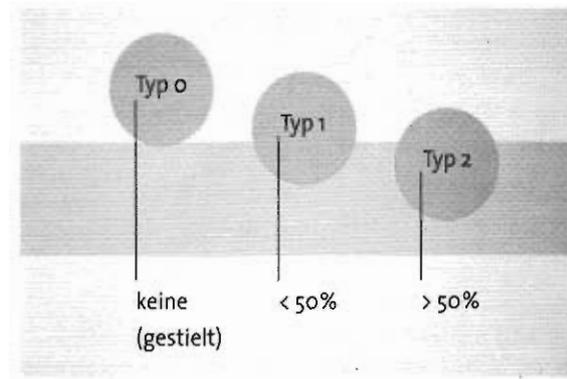
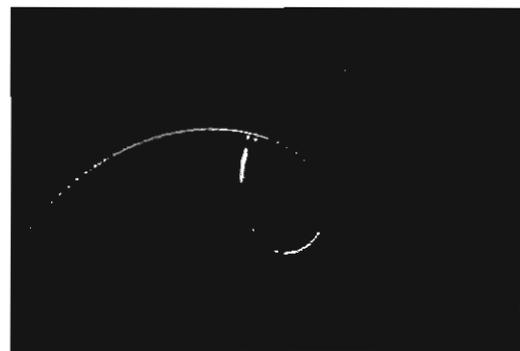


Abb. 2: Clasificación de Wamsteker.
Abb. 3: Resectoscopia.

La enucleación del mioma por laparoscopia no es la parte difícil de la cirugía. Aunque una enucleación apurada causa más sangrado y una reconstrucción todavía más difícil. De una buena reconstrucción depende la tasa de rupturas en un embarazo siguiente y la tasa de adherencias. La técnica de la sutura depende del diámetro y la localización del mioma. Si es necesario una sutura en tres planos debe ser realizada. La sutura permite un control de la hemorragia y determina la calidad de la cicatrización. Como último plano siempre se debería suturar la serosa del útero en forma de sutura sumergida. En comparación con una sutura tipo baseball la sutura sumergida de la



serosa causa menos adherencias en el postoperatorio.
Abb. 4: Sutura con ganchos.

neales en muchos casos no es un tratamiento suficiente. La resección con una tijera o la aguja monopolar es recomendable, si es necesario en forma de una deperitonealización. Una adhesiolisis y una cromopertubación de las trompas completan la cirugía. La intervención solamente tiene sentido si logramos la resección completa de la endometriosis. Una inspección de toda la cavidad abdominal es la base con inspección de los órganos reproductivos pero también de los intestinos y el peritoneo. En muchos casos el cirujano no tiene experiencia con el tratamiento de la endometriosis y lesiones que están ubicadas en la fosa ovárica cerca del uréter o focos intestinales o vesiculares se quedan sin tratamiento. Una cirugía incompleta es una cirugía inútil, que causa gastos innecesarios para las pacientes o seguros. La paciente sigue probablemente con dolor y/o infertilidad. Por estas razones una endometriosis grado II-IV debe ser tratado por cirujanos con experiencia en laparoscopia avanzada en cooperación con cirujanos generales en caso de intestinos comprometidos. Como existe un centro de enfermedades neoplásicas debe haber uno o varios centros de endometriosis con una calificación especial. Los ginecólogos que encuentran una endometriosis severa y no saben tratarla deberían pasar la paciente a un especialista. Las pacientes tienen el derecho del mejor tratamiento posible, razones económicas tienen que quedarse atrás en estos casos.

ENDOMETRIOSIS PERITONEALIS

Los focus blancos, negros o rojos se pueden encontrar en todo el peritoneo. En la mayoría de los casos se ven en el peritoneo de la región pélvica caudal de la línea terminalis. Una relación entre síntomas y desarrollo de la enfermedad y el tipo de endometriosis no es conocida. Después de una biopsia para la verificación histológica, las lesiones deben ser resectadas o coaguladas con una pinza bipolar. Lesiones cerca del uréter se dejan tratar con una resección del peritoneo de la región. Para evitar lesiones del uréter luego de una incisión peritoneal se puede lograr una preparación segura con una aguadiseción inicial. Pequeños vasos pueden ser coagulados con la pinza bipolar. En algunos casos una sonda del uréter es recomendable.

ENDOMETRIOSIS OVÁRICA

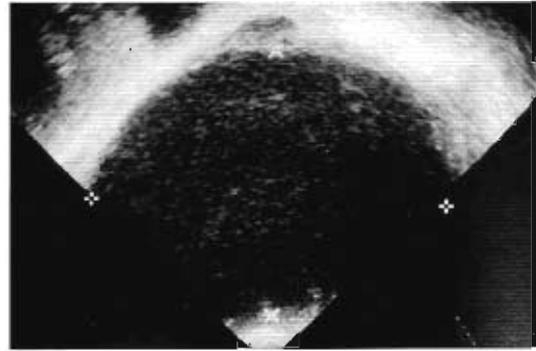
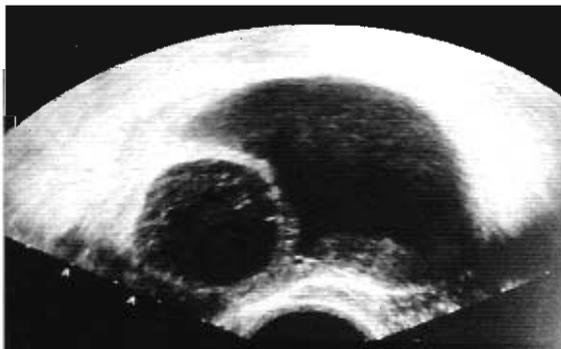


Abb. 3: Endometriosis ovárica

La resección y/o destrucción completa del endometrioma es el tratamiento indicado. La extirpación del quiste es recomendable. La mejor forma de coagular los sangrados de la cápsula sin destruir tejido sano del ovario es la coagulación bipolar de los vasos en el momento de la extirpación y no después. Un lavado de la pelvis para evitar nuevas lesiones por células vitales que se siembran en el peritoneo es importante. En comparación con la destrucción, la resección completa tiene resultados mejores en lo que es dolor, recurrencia y tasa de embarazos. Una fenestración del tumor con irrigación causa una recurrencia en 80 % después de 6 meses (Beretta et al., 1998). El uso de GnRH análogos no puede compensar una cirugía incompleta. El uso de gestágenos en el posoperatorio disminuye la tasa de recurrencia.

ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

La endometriosis profunda está localizada en el septum rectovaginal, el fornix vaginae, en el retroperitoneo, en los ligamentos uterosacros, en el uréter, la vejiga y/o el sigmoide. Los exámenes mencionados arriba deben ser completados por un ultrasonido del abdomen, de los riñones y de una inspección del fornix posterior y una palpación rectovaginal, un ultrasonido transrectal, una cistoscopia, una rectoscopia y a veces por un pyelograma y una RMT. El reconocimiento puede causar un dolor fuerte, especialmente en la localización de la endometriosis. Como en todos los casos la resección completa es obligatoria. No obstante la paciente tiene que conocer las consecuencias y posibles complicaciones de una intervención interdisciplinaria posibles en caso de lesiones intestinales y vesiculares.

ADENOMIOSIS UTERI

Un útero doloroso con un diámetro aumentado puede ser causado por una adenomiosis uteri. En el ultrasonido en muchos casos se encuentra una relación entre el ancho de la pared anterior y la pared posterior del útero de 33 % a 66 %. Una RMT puede distinguir entre adenomiosis y miomatosis. El aspecto típico laparoscópico es un útero asimétrico, con una textura muy suave y una vascularización anormal. Sin planificación familiar futu-

ra el tratamiento definitivo de la adenomiosis uteri es la histerectomía, como HV (histerectomía vaginal), HVAL (histerectomía vaginal asistida por laparoscopia) o HL (histerectomía laparoscópica). Pero la adenomiosis es una contraindicación para la HSLA (histerectomía supracervical laparoscópica) debido al riesgo de difusión de fragmentos del tejido morcelado en el abdomen. Sin embargo tenemos que saber más detalles sobre este tema antes de poder estar seguros de sus riesgos y las tasas de ocurrencia.

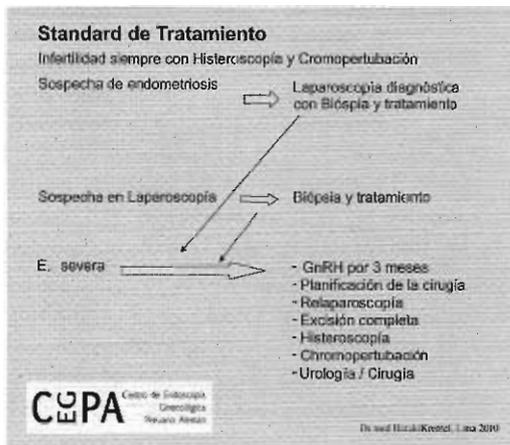


Abb. 4: Standard de tratamiento de endometriosis.

Cuando la paciente con adenomiosis tiene un actual deseo de tener hijos, un tratamiento de los síntomas con contraceptivos, gestágenos o DIU es posible. El tratamiento médico de la endometriosis solamente tiene sentido en combinación con una Sanierung quirúrgica. La resección completa aumenta la tasa de embarazos espontáneos. Para poder obtener una resultado perfecto en casos de endometriosis una combinación de cirugía con tratamiento médico es indicada. Luego de una laparoscopia inicial con biopsia se trata la paciente por 3 meses con GnRH análogos. Un tratamiento por 6 meses no tiene ventajas. Después de 3 meses en una segunda cirugía se puede realizar la resección completa. Un tratamiento con gestágenos por 48 meses prolonga el intervalo sin recurrencia y sin Dolores. Un tratamiento con GnRH análogos en el posoperatorio no tiene efectos en la tasa de embarazos (Abb. 4).

56. MIOMECTOMÍA POR HISTEROSCOPIA

Dr. Enrique Flint Blanck

Los miomas son tumores benignos muy frecuentes que pueden surgir en cualquier parte del útero. Reciben su denominación de acuerdo a donde se ubiquen, pudiendo ser subserosos, intramurales, submucosos, intraligamentarios, etc.

Los miomas submucosos son los que crecen en el interior de la cavidad uterina y representan un 10 % del total, y en general dan síntomas como sangrados irregulares e infertilidad, por lo que casi siempre requieren tratamiento.

Los miomas submucosos se clasifican en 3 tipos, dependiendo del porcentaje de ellos que está en la cavidad. El diagnóstico se hace usualmente por ecografía transvaginal, pudiendo usarse histerosonografía y/o doppler color en casos difíciles.

El tratamiento preferido hoy en día es la miomectomía histeroscópica, que puede ser hecha de varias maneras, siendo una de las ideales la que usa resectoscopio bipolar. Se considera el mejor tratamiento porque es mínimamente agresivo, no deja cicatriz en el útero, puede ser hecho en forma ambulatoria, el dolor de la paciente es mínimo por lo que la recuperación es inmediata, y no hay que esperar largos meses para intentar un embarazo en los casos de infertilidad, como si hay que hacer cuando se emplea el método convencional. Algunos autores usan análogos del GnRh para disminuir el grosor endometrial previo al tratamiento, otros consideran que basta hacerlo terminando la menstruación.

La técnica es sencilla y en manos experimentadas hay poco riesgo de complicaciones. Estas pueden darse durante el procedimiento o luego de él. Si se dan durante el procedimiento pueden estar relacionadas al procedimiento en sí o a los medios de contraste.

Estas complicaciones van desde perforación uterina, hemorragias y lesión intestinal hasta edemas tanto pulmonar como cerebral.

Las complicaciones posteriores pueden ser por infección, adherencias u otras.

En general hay que tener mucho cuidados con los fluidos, midiendo constantemente lo absorbido por la paciente. En pacientes nulíparas o con estenosis de cérvix se puede usar misoprostol.

Podemos concluir que es el mejor procedimiento que tenemos hoy en día para el tratamiento de los fibromas submucosos, y que en general si se hace con cuidado y por gente bien entrenada, es un procedimiento con baja incidencia de complicaciones.