



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 2002; 48 (3)

### **TÉCNICA DE PEHAM-AMREICHT MODIFICADA PARA LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTERO SIN PROLAPSO**

Gonzalo A. Sotero-Salgueiro

#### **RESUMEN**

**OBJETIVO:** Conocer la técnica de histerectomía vaginal en útero sin prolapso, adaptada de la técnica original de Peham-Amreicht y modificada. **Diseño:** Documento descriptivo de la técnica quirúrgica en 8 pasos consecutivos, documentados con fotografías de cada uno de los pasos. Se describe además la posición adecuada de la paciente para la cirugía, el material especial requerido, el rol de los ayudantes quirúrgicos y los cuidados preoperatorios. **LUGAR:** Centro Hospitalario Pereira Rossell, Clínica Ginecológica "C" Prof. Dr. José Carlos Cuadro. **CONCLUSIÓN:** La técnica de la histerectomía vaginal en útero no prolapsado es una técnica quirúrgica sencilla, escalonada, y fácilmente reproducible.

**Palabras claves:** Histerectomía vaginal, Técnica de Peham-Amreicht, Útero sin prolapso.

#### **SUMMARY**

**OBJECTIVE:** To report the vaginal hysterectomy technique in non-prolapsed uterus; adapted from the original technique of Peham-Amreicht and modified. **DESIGN:** Descriptive document in 8 consecutive steps of the surgical technique, documented with photographs of each step. The description includes the right position for the surgery, the special instruments required, the surgical assistant's role and the preparation for the surgery. **PLACE.** Centro Hospitalario Pereira Rossell, Clínica Ginecología "C", Prof. Dr. José Carlos Cuadro. **CONCLUSIÓN:** The vaginal hysterectomy in non-prolapsed uterus is a simple, echeloned and easily reproducible technique.

**Key words:** Vaginal hysterectomy; Nham-Amreicht technique; Non-prolapsed uterus.



## **CONSIDERACIONES GENERALES**

Si bien fue 1829 cuando J. Recámierl describió la técnica en forma protocolarizada, con el transcurso de los años y la aplicación de este tipo de cirugía por otros ginecólogos, la misma presentó variaciones de una escuela a otra.

Desde 1997 a la fecha, con el desarrollo de la experiencia en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, la técnica de Péham-Amreicht (1) transmitida por el Prof. Dargent fue modificada en ligeros aspectos, que serán incluidos en la descripción, de manera de reflejar lo hecho actualmente en el hospital.

Como se verá, es una técnica muy segura, en el sentido que es escalonada, con escaso sangrado si se respetan los principios e indicaciones y, fundamentalmente, en lo que a la paciente se refiere, permite una recuperación rápida, con una deambulacion precoz y pronta reinserción a sus tareas habituales.

Así, la histerectomía vaginal en útero no prolapsado refine las ventajas de la cirugía laparoscópica y de la abdominal: rápida recuperación, barata, instrumental sencillo y fácil adiestramiento.

Esto no significa por supuesto que la histerectomía laparoscópica y abdominal hayan perdido su lugar; muy al contrario, lo tienen mas definido que antes. Además, ambas son un muy valioso complemento de la cirugía vaginal, tanto como recurso así como cirugía de asistencia.

## **CONCEPTOS ANATÓMICOS Y PREPARACIÓN PARA LA CIRUGÍA**

No es la intención de este capítulo profundizar en los aspectos anatómicos; tan sólo se hará mención a determinados conceptos que facilitan la realización de este tipo de cirugía y ayudan a prevenir complicaciones.

En primer lugar, la base de esta cirugía es reproducir quirúrgicamente las condiciones que permiten un prolapso uterino. Es decir que en primer lugar, mediante la tracción, que es moderada pero significativa, y luego mediante la ligadura y sección de estructuras que conforman el aparato de sostén y fijación uterino, el útero descenderá hasta permitir su extracción por vía vaginal. La tracción, además de facilitar el acceso a un órgano introducido en la vagina, permite evidenciar más claramente los tejidos y fascias que deberá disecarse. De esta forma, la disección de la fascia de Halban o vesicouterina, así como la apertura del Douglas, son pasos fundamentales en la histerectomía, ya que nos permite el manejo de ambas caras del útero, quedando anclado lateralmente por los parámetros.

Respecto a estos últimos, su ligadura y sección son fundamentales para permitir el descenso gradual del útero hasta su extracción definitiva.



En cuanto a la preparación de la paciente para la cirugía, se destaca tres aspectos.

En primer lugar, la realización de un enema previo a la cirugía, que logra el vaciado total del recto, ya que durante la cirugía se realiza maniobras fundamentalmente con las valvas que, por compresión de la ampolla rectal, facilitarían la contaminación del campo operatorio por heces.

En segundo lugar, se recomienda evacuar la vejiga una vez dormida la paciente, mediante cateterización transitoria con sonda vesical sin bolsa colectora, con el fin de primero poder reconocer más fácilmente hasta donde llega el límite de la vejiga por debajo de la mucosa vaginal y, luego, al evacuar la vejiga, prepararía correctamente para la cirugía.

Se recomienda no tirar la sonda vesical una vez retirada, ya que ni bien terminada la cirugía, si existe alguna duda acerca de la integridad vesical, se debe resonar transitoriamente a la paciente y, si la orina fluye y no está teñida de sangre, se descarta la apertura vesical.

En cuanto al rasurado, por el tipo de cirugía no es necesario realizarlo en absoluto.

Finalmente, acerca de la antibioticoterapia profiláctica<sup>3</sup>, cualquiera de los planes ya realizados para cirugía es eficaz, por lo que es recomendable realizar aquel al que se está habituado.

## **POSICIÓN DE LA PACIENTE**

Es un detalle fundamental para la correcta realización de la técnica. Una posición inadecuada de la paciente, no sólo puede dificultar e impedir la realización de la cirugía, sino que además puede lesionar a la paciente y dejar secuelas muy severas.

Así, el impedimento de una correcta posición se convierte en una de las contraindicaciones absolutas que tiene la técnica. Esto impone el hecho de que, ante la sospecha de limitación en los movimientos y en pacientes añosas, se recomienda poner en posición a la paciente antes de ser anestesiada, con el fin de no eliminar la limitación natural de la paciente como mecanismo protector de posiciones forzadas.

En cuanto a la posición misma, la clave está en que el sector más prominente del periné debe estar en el mismo plano o más adelante que los talones de la paciente, quedando el límite de los glúteos sobresaliendo de la mesa operatoria (Figura 1). Esto permite que tanto el cirujano como los ayudantes estén en el mismo plano, haciendo la posición de estos últimos mucho más cómoda, sin posiciones forzadas.

Los muslos deben estar flexionados sobre el abdomen y, a su vez, en posición de abducción, permitiendo el acceso lo más amplio posible al periné. Las piernas deben estar semiflexionadas sobre los muslos; y el ideal es trabajar con perneras que permitan colgar las piernas, ya sea con anillas o estribos, para que no apoyen sobre el hueso poplíteo ni pantorrillas evitando así mayores riesgos de complicaciones tromboembólicas.



Figura 1. Relación de los muslos con el abdomen y de las piernas con los muslos, así se deja la parte más prominente del periné en el mismo plano o más adelantado que los talones, para la comodidad del equipo actuante.

No es necesario colocar a la paciente en Trendelenburg de rutina, ya que no mejora la visión del campo operatorio, salvo que alguna situación en particular lo amerite.

#### **ROL DE LOS AYUDANTES**

Es un elemento fundamental que debe destacarse. El ideal es realizar este tipo de cirugía siempre con dos ayudantes experimentados en la técnica. Casi como en la cirugía laparoscópica, los ayudantes son los ojos del cirujano, ya que en un campo operatorio tan estrecho el correcto manejo de las valvas en forma sincronizada con el cirujano actuante facilita y dinamiza enormemente la cirugía, la acorta y disminuye el número de complicaciones.

#### **INSTRUMENTAL UTILIZADO**

El instrumental es el mismo que debe utilizarse en cualquier cirugía por vía vaginal, es decir, instrumentos largos, por la profundidad en la que se opera. En ese sentido, se destaca en especial un porta agujas largo, que permita llegar a los pedículos sin forzar ni estirar los mismos, una tijera de similares características por los mismos motivos al momento de cortar y, finalmente, un mango de bisturí frío largo, que permita realizar la colpotomía circular cómodo, sin obstruir con nuestra mano la visión.

Como únicos instrumentos a destacar se encuentran las valvas en bayoneta o de Breisky<sup>5</sup> y la aguja de Deschamps, larga, fenestrada y roma en su punta, que es la que permite ligar estructuras y pedículos para ir prolapsando el útero. Figura 2.

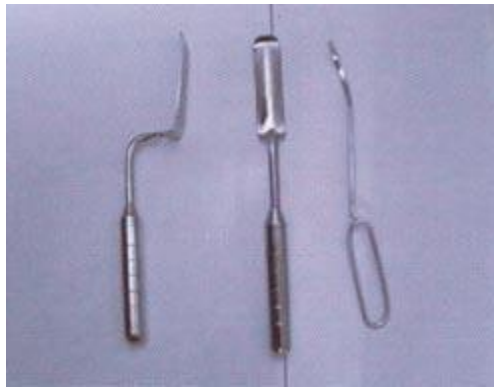


Figura 2. Las Valvas de Breisky o en bayonetas y la aguja de Deschamps son los instrumentos base para la realización de esta cirugía.

Se destaca que si no se cuenta con la misma, la aguja de Reverdin puede cumplir con este propósito bastante fielmente.

En cuanto a los hilos de sutura, los utilizados son reabsorbibles, tipo polietilglicol hebra número 1 y aguja de 4,8 cm. Para algunas pacientes el radio de la aguja de estos hilos puede ser demasiado ancho por lo estrecho de la vagina y dificultar la cirugía, lo que se resuelve con hebras de similar calibre y agujas más cortas (2,5 cm), por lo tanto, de menor radio.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Ésta es una cirugía que tiene un orden definido, que no ofrece posibilidad de muchas variantes, debido a que cada uno de los pasos permite realizar el siguiente, hasta así extraer el útero.

Se destaca que, antes de cualquier gesto quirúrgico, con la paciente dormida se debe de comenzar por un tacto vaginal, con el fin de reconocer las características del útero, su movilidad, la presencia de miomas y su ubicación, tumoraciones anexiales que no hayan sido diagnosticadas, etc.



Figura 3. Cuello traccionado hacia abajo. La colpotomía semicircular anterior queda más marcada. Las flechas muestran su ubicación.



## COLPOTOMÍA CIRCULAR ANTERIOR

Con las valvas mostrando el cuello, se debe de pinzar con pinzas de cuatro dientes el labio anterior y posterior de cuello. Una vez identificado el repliegue de la vejiga por debajo de la mucosa vaginal, se debe de realizar una incisión semicircular, desde la hora 3 a la hora 9 del cuello, apenas por delante del repliegue vesicovaginal. Este corte debe ser superficial a ambos lados del cuello, profundizando lo suficiente en la cara anterior, de manera que permita llegar hasta la fascia para su posterior disección. Cuando el corte se realiza correctamente, la tracción de cuello amplía la separación de los bordes de la herida, ya que los tejidos deslizan sobre la fascia.



**Figura 4. Las flechas muestran el espacio vesicouterino y la fascia en el fondo, una vez retomado el borde cervical de la colpotomía.**

Este es un paso muy importante en la cirugía, un corte muy alto puede lesionar la vejiga, así como si es muy bajo, dificulta la disección del plano vesicouterino. Lo mismo en cuanto a la profundidad de los cortes, si es demasiada en la cara anterior dificultará la disección de 1 plano, ya que estaremos cortando tejido cervical.

Una vez realizado este paso, se debe de retomar con la pinza de cuatro dientes el borde cervical de la herida.



**Figura 6. En la foto se destaca la valva anterior replegando la vejiga, dejando descubierta una vez totalmente disecada la fascia vesicouterina.**



## **DISECCIÓN DEL PLANO VESICOUTERINO**

Una vez retomada la pinza de tracción anterior, se debe de colocar una pinza en el borde vaginal de la herida, de manera que al traccionar de ambas en sentido opuesto, las fibras de la fascia vesicouterina se tensan y facilitan su disección, en principio con tijera, y luego utilizando el dedo como instrumento romo, profundizando la disección en sentido paralelo a la cara anterior del útero, lateralizando los movimientos en la profundidad para ayudar a alejar los uréteres en su sector terminal, disminuyendo el riesgo de ser involucrados en la ligadura de parametrios.

Cuando se está correctamente en el plano de la fascia de Halban, esta maniobra digital no ofrece dificultad, y permite llegar hasta el repliegue peritoneo vesical anterior, que no debe de ser abierto todavía.

Las maniobras deben ser delicadas, ya que se corre el riesgo de causar una solución de continuidad a la vejiga si no se accede al plano correcto. De esta manera, se crea un espacio entre la cara anterior del útero y la vejiga, que permite manejar la cara anterior del útero, destacando que no se disecciona el plano vesicovaginal, ni se eleva la vejiga, como en la operación de prolapso. Cuando este espacio permite la introducción de la valva tensando los pilares anteriores de la vejiga se considera suficiente.

## **COLPOTOMÍA SEMICIRCULAR POSTERIOR Y APERTURA DEL FONDO DE SACO DOUGLAS**

Posteriormente se realiza una incisión posterior igual a la colpotomía semicircular anterior, uniéndose ambas, sin profundizar el corte a la hora 3 y 9.

Es importante que esta incisión sea lo suficientemente alta en la cara posterior de cuello, de manera tal que caigamos en el propio fondo de saco de Douglas o casi; de lo contrario, si la incisión es muy baja, con las maniobras posteriores se arrastra la bolsa peritoneal hacia la profundidad y se dificulta mucho su posterior apertura.

Inmediatamente completada la incisión, se debe de retomar la pinza de cuatro dientes posterior sobre el borde cervical de la herida, como se hizo en el tiempo anterior.

Para realizar la apertura del Douglas, se tensa con una pinza de tracción el borde vaginal de la herida, mientras uno de los ayudantes tracciona del cuello hacia arriba. Esto pone de manifiesto a las fibras perirrectales previas al Douglas, el cual se incide con tijera entre ambos ligamentos uterosacros. Es habitual que una vez abierto, una moderada cantidad de líquido peritoneal acantonado a ese nivel salga, lo que no debe alarmar.

## **QUEDA ASÍ LIBRE LA CARA POSTERIOR DEL ÚTERO**

Dos consideraciones son importantes hacer en este momento: en primer lugar el borde posterior de vagina a este nivel es más grueso y sangrante, ese es el motivo por el cual no se completa de un solo paso toda la colpotomía circular al inicio, ya que mientras se realiza la



diseción del espacio vesicovaginal este borde posterior quedaría sangrando un tiempo inútilmente. En segundo lugar el peritoneo del Douglas abierto tiende a replegarse y profundizarse. Por lo tanto, se aconseja fijar los bordes peritoneales mediante tres puntos al borde vaginal. Eso permitirá mantener reparada la bolsa peritoneal y hacer hemostasis del borde de vagina sangrante.

## LIGADURA Y SECCIÓN PARAMETRIAL

En este nivel de la cirugía, el útero se encuentra liberado por sus caras anterior y posterior, quedando afín fijo en la pelvis por los sistemas parametriales. Esta parte de la técnica, si bien es simple, es muy importante ya que es lo que permitirá el descenso del útero para su posterior extracción. Se destaca que este es un punto que se realiza guiado por el tacto, ya que las estructuras a ligar están profundas y no visibles. Dichas estructuras son el pilar anterior de la vejiga (único visible), los ligamentos uterosacros y de Mackenroth. Para ubicarlos, se debe traccionar por un ayudante en sentido contrario al parametrio a ligar, esto afina las estructuras y facilita el punto. Luego, introduciendo el dedo índice del operador contralateral al parametrio a ser ligado mediante la apertura del Douglas, se logra cargar dichas estructuras, que se sienten como un cordón sobre el dedo, más notorio a mayor tensión, con sumo cuidado de no desgarrar alguna estructura. La punta de este dedo será la que guiará la introducción y recorrido de la aguja de Deschamps, abombando en el espacio vesicouterino creado, a través del hiato paraístmico, que deja al cuello por dentro y las estructuras a ligar por fuera. Una vez localizada la punta del dedo con la otra mano, se introduce la aguja de Deschamps cargada con un hilo de sutura, guiando el trayecto con el dedo que carga las estructuras, retirándolo a medida que se profundiza la aguja. Las valvas amplían el espacio para las maniobras, y la posterior debe acompañar el trayecto de la aguja de manera que en el momento que sale la aguja por la apertura del Douglas la valva está protegiendo el recto de posibles lesiones; con la aguja.

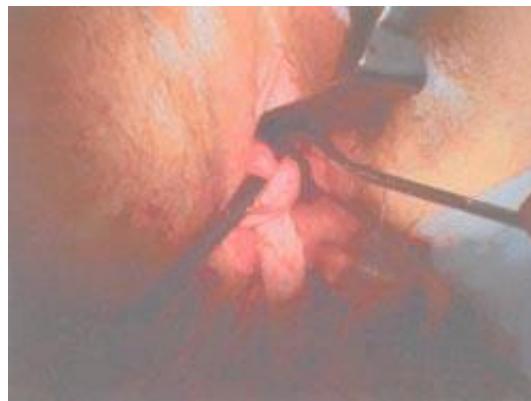


**Figura 7. Las dos valvas a nivel posterior descubren la cara posterior del cuello donde se emplaza la colpotomía semicircular posterior señalada por la flecha, claramente con más tendencia al sangrado que al hacerlo a nivel anterior.**





**Figura 8.** El cuello uterino está traccionado hacia arriba por un ayudante, mientras una de las valvas se encuentra introducida en el fondo de saco de Douglas abierto exponiendo la cara posterior.



**Figura 9.** El cuello uterino está traccionado por uno de los ayudantes hacia el lado opuesto.

Luego se retira la aguja de Deschamps, fijando el extremo sin aguja del hilo, quedando todo el sistema parametrial cargado sobre el hilo.

Para realizar el nudo de la ligadura, se le debe solicitar al ayudante contralateral al parametrio a ligar que traccione del cuello del útero hacia su lado y afloje momentáneamente mientras se ajusta el nudo.

En úteros grandes o gruesos, con parametrios grandes, se puede realizar este paso en dos ligaduras, o como se realiza en la Clínica "C", realizar luego del punto con aguja de Deschamps antes de seccionar un punto con el portaagujas, transfixiante con el mismo hilo, de seguridad, por detrás del ya realizado.



Figura 10. Se advierte una vez finalizado el pasaje con la aguja de Deschamps la totalidad del parametrio cargado en el hilo (señalado por la flecha), el que posteriormente se anudará y seccionará.

Posteriormente se secciona primero paralelo al nudo, hacia el cuello del útero, con el fin de no cortar la ligadura, y luego paralelo al cuello. El corte puede realizarse con tijera o bisturí, de acuerdo a la comodidad del cirujano.

El muñón de las estructuras ligadas se termina de liberar con una suave presión con una gasa montada, luego de lo que usualmente se ve el pedículo uterino plegado sobre sí mismo por la tracción del útero facilitando así la ligadura posterior del mismo.

Es importante considerar que la ligadura del parametrio debe ser realizada con una hebra entera para cada parametrio, de manera tal que luego de seccionado quede reparado con un hilo lo suficientemente largo que permita la posterior fijación a vagina y el cierre de la misma todo con el mismo hilo.

Este procedimiento se repite luego para el otro parametrio, el cual generalmente es más fácil, ya que el útero se encuentra más descendido.

### **LIGADURA Y SECCIÓN DE LOS PEDÍCULOS UTERINOS**

Una vez completada la ligadura y sección parametrial, el útero permite aún más su descenso, facilitando la visualización de los pedículos uterinos, que como anteriormente se dijo, a causa de la tracción queda el tronco principal de la arteria paralelo a la porción ascendente de la arteria, plegándose sobre sí misma.

Para ligarla, si bien es una estructura visible, es mejor ayudarse con la misma maniobra de cargar con el dedo índice contralateral el pedículo a ligar, pasando luego una aguja de Deschamps cargada o un pasahilo, y así cargar, ligar y luego seccionar el pedículo.

Si queda algún tipo de duda sobre la ligadura del pedículo, siempre es aconsejable realizar algún punto de seguridad por detrás del ya realizado. La dirección del corte es igual que en los parametrios, primero paralelo al nudo hacia el cuello y luego paralelo al útero. Este hilo no



debe repararse, se corta dejando una cola fácil de visualizar, por si fuera necesario revisarlo posteriormente. Se procede luego de igual forma con el otro pedículo.

### **APERTURA DEL REPLIEGUE PERITONEO VESICAL Y EXTERIORIZACIÓN DEL ÚTERO**

Una vez ligados los parametrios y los pedículos, el útero queda solamente fijado por los sistemas anexiales. Para ligar los mismos, se debe en primer lugar realizar la apertura del repliegue peritoneo vesical, mediante la tracción del cuello del útero hacia abajo por un ayudante, la elevación de la vejiga con una valva, el pinzado y tensión del repliegue y sección con tijera.

Esto deja al sector superior de la cara anterior y fondo del útero libres de manera tal que permite su exteriorización para acceder a los pedículos anexiales. La exteriorización del útero se logra luxando el mismo tanto por adelante o atrás, ya sea empujando con el dedo cuando es una pieza chica, o ayudado por las valvas formando un canal, y pinzas de campo traccionando suavemente el cuerpo del útero con movimientos laterales que ayudan a su exteriorización.

### **LIGADURA DE LOS PEDÍCULOS ANEXIALES**

Una vez exteriorizado el útero, solo queda ligar y seccionar los pedículos anexiales. Las estructuras que deben ser ligadas son la trompa, el ligamento redondo y dependiendo si queremos conservar o no los ovarios, el ligamento uteroovárico o el lumboovárico. Si bien estadísticamente dos tercios de las anexectomías pueden ser hechas por vía vaginal, si la intención es realizar una histerectomía vaginal con anexectomía se aconseja asistir la cirugía con laparoscopia previa.

La ligadura debe realizarse con una pinza fuerte, tipo Faure, mientras uno de los ayudantes tracciona del cuello e incluso del cuerpo uterino ayudado por una pinza de campo hacia el lado contralateral del anexo a ligar. Esto permite una correcta visualización del pedículo anexial y una más fácil y segura colocación de la pinza fuerte. Se aconseja siempre colocar el dedo del cirujano por detrás del anexo a ligar, así como la colocación de una de las valvas por detrás del útero, con el fin de impedir la salida de asas intestinales o epiplón por vagina, evitando ser pinzados. Se corta hacia el lado uterino del pinzado, de forma que el muñón que queda en la pinza no quede apenas agarrado, sino que sobre un resto de tejido, de manera de darle seguridad a la ligadura y evitar su deslizamiento.

En el caso de que no estuviera prevista la ooforectomía, y por algún motivo se debiera de realizar, es aconsejable siempre realizarla luego de extraído el útero, ya que amplía el campo operatorio, permite llegar a los ovarios más fácilmente, generalmente ayudado de una pinza de aro, con una suave tracción para ligar el pedículo lumboovárico. Las valvas una vez más cumplen un papel fundamental, ya que deben ampliar el campo y permitir maniobras seguras, porque un sangrado a ese nivel o una falla de sutura con la posterior retracción del pedículo es casi invariablemente igual a laparotomía posterior.



**Figura 11.** El parametrio está ligado. Por su delante debe de realizar la sección dejando un muñón considerable para evitar deslizamientos de la ligadura. Además, el dedo del cirujano sirve como guía para el corte en los sentidos descritos en el texto.



**Figura 12.** Ambos parametrios ligados y reparados bilateralmente, así quedan expuestas las arterias uterinas, en este caso la derecha, mientras se realiza el pasaje de la aguja de Deschamps.



**Figura 13.** Caso de un útero grande que ocluye totalmente el introito de vagina. Fue fundamental el papel de las valvas para ayudar a su extracción, así como la prehensión con pinzas de campo, se ven perfectamente las marcas de las mismas en el cuerpo uterino.

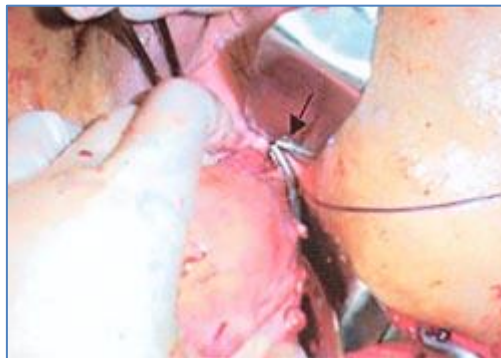


## CIERRE DEL MUÑÓN VAGINAL

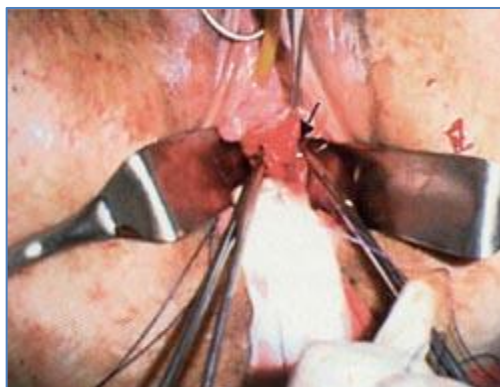
Una vez extraída la pieza, lo primero siempre es realizar una correcta exploración de los pedículos ligados, controlando que no existan sangrados. Para ello, ayudan por supuesto, las valvas, y una gasa montada o una mecha cuidando de no introducirla toda sin asegurar uno de sus extremos.

El sangrado debe ser mínimo y generalmente proviene solamente de los bordes de vagina.

En cuanto a la bolsa peritoneal, si bien la técnica original es con cerrado de la misma, en la experiencia del C.H.P.R. como en la del Prof. X. Iglesias, el cerrar o no varía los resultados, no aumenta las complicaciones y sólo alarga el tiempo operatorio.



**Figura 14.** La flecha muestra el pedículo anexial izquierdo ligado con una pinza de Faure previo a ser seccionado. La ligadura se realizó por delante del ovario porque éste fue conservado. En los úteros tan grandes siempre es aconsejable primero extraer el útero para mejorar la visión del campo operatorio.



**Figura 15.** Se muestra el instante en que con el portaagujas se vuelve a pasar el punto (flecha) hacia dentro de la vagina fijando luego mediante el anudado del hilo el parametrio a la vagina.



**Figura 16.** La flecha señala el borde posterior de vagina que ya fue suturado con surget de hilo reabsorbible. Se destaca como se extiende desde un parametrio hasta el otro, lugar donde el surget tiene sus amarres para el correcto ajuste del mismo.



**Figura 17.** Se ilustra como queda la vagina una vez completado (flechas) el surget del borde vaginal y los hilos de ambos parametrios aún reparados y traccionados a las 3 y 9, que podrían ser entrecruzados como factor extra de parametrio fijación.



**Figura 18.** La foto ilustra como queda la vagina una vez que se realiza un punto simple o doble (flecha) que una la cara anterior a la posterior de la vagina para cerrar la misma impidiendo evisceraciones pero permitiendo la salida de líquidos colectados.





Previo a cerrar la vagina de alguna manera, se debe de fijar los parametrios reparados con un hilo de sutura largo a la vagina, a la hora 3 y 9 respectivamente. De esta forma se intenta evitar futuros prolapsos de la cúpula vaginal.

La parametrio fijación se realiza con el propio hilo no cortado del parametrio, que como está del lado de adentro de vagina, se debe dar primero un punto de dentro hacia fuera y luego en U se vuelve a dar el punto hacia dentro, anudando luego por dentro de la vagina. Esto fija el extremo superior de la vagina al parametrio y se debe realizar bilateralmente.

Si bien existen algunos autores que entrecruzan a su vez los parametrios entre sí, es un punto muy discutido y no se realiza de rutina en el servicio "C".

En cuanto a la vagina, los bordes de la misma se suturan utilizando el mismo hilo del parametrio con el que se fijó a vagina. El extremo que tiene la aguja es el que servirá para realizar la sutura.

Se destaca que, si bien en un principio la vagina se cerraba totalmente, como lo hacen muchos autores, luego de algunos hematomas de la cúpula se comenzó a dejarla abierta, con lo cual no se volvió a presentar dicha complicación.

Por eso hoy en día, lo que se hace en la Clínica "C" es luego de fijados los parametrios, con el mismo hilo se realiza un surget en corona del borde vaginal, con el único fin de asegurar la hemostasis de los bordes de vagina, comenzando por el borde posterior o anterior indistintamente hasta llegar al parametrio contralateral, donde se ajusta el surget y se anuda al extremo sin aguja del otro parametrio reparado.

En la medida de lo posible se intenta que el surget no sea cruzado, con el fin de que corra mejor al momento de ajustarlo.

Luego, con el extremo del hilo con aguja del otro parametrio, se comienza el surget en corona del borde aún no suturado de vagina, ajustando el surget al llegar al otro parametrio. Es así que la vagina queda abierta pero con un surget todo alrededor del borde vaginal, que es lo que realiza la hemostasis.

Puede suceder que la apertura vaginal sea demasiada y dejarla tan abierta permitiera la salida de asas o epiplón, en ese caso se debe realizar uno o dos puntos de borde anterior a borde posterior de vagina, que cierra la misma dejando dos desfiladeros laterales pequeños que no dejan salir órganos y permiten drenar las colecciones de sangre si las hubiera. El cierre vaginal total se completará por segunda intención.

No se aconseja la colocación sistemática de mecha, sólo si existe algún sangrado escaso de vagina. De lo contrario, si no sangra, no es necesario mechar, y en el caso que quedaran dudas, es preferible controlar en la evolución si sangra o no que ocultar el sangrado y dilatar el diagnóstico de la complicación.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Benito E. SimancasT, Añez J. Historia de la histerectomía vaginal. Clínica Ginecológica. Salvat. 1988 1;1-11.
2. Summitt RL Jr, Stovall TG, Bran DF Prospective comparison of indwelling bladder catheter drainage versus no catheter after vaginal hysterectomy. Am j Obstet Gynecol 1994; 170:1815-8; 1818-21.
3. Haverkorn MJ. A comparison of single-dose and multi-dose metronidazole prophylaxis for hysterectomy. J Hosp infect 1987; 9: (3), pag 249-54.
4. Reiffenstul, Platzer, Knapstein. Operaciones por vía vaginal. 1998 Marban. 1:45-46.
5. Morley G. Historia de la histerectomía. Am Coll Obstet Gynecol 1988.