

LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTERO NO PROLAPSADO: UNA VIEJA 'NUEVA' OPCIÓN

Gonzalo A. Sotero, Rafael Yovarone, Alejandro Laborde, Claudio G. Sosa, Álvaro Domínguez, Jorge Martínez

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los resultados de las histerectomías vaginales efectuadas sin haber prolapso uterino. **DISEÑO:** Estudio descriptivo. **LUGAR:** Centro Hospitalario 'Pereira Rossell' de Montevideo, Uruguay. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de las historias clínicas de histerectomías vaginales efectuadas a partir de 1997. Se examinó tiempo operatorio, tiempo de internación, complicaciones y se comparó con series de referencia. **RESULTADOS:** Se efectuó 200 histerectomías vaginales, sin mayores complicaciones. **CONCLUSIÓN:** En aquellas pacientes con indicación de histerectomía por patología benigna y cáncer de cuello uterino hasta el estadio IA1, la vía de elección es la vaginal.

Palabras claves: Histerectomía vaginal; Prolapso genital; Complicaciones quirúrgicas; Vía de la histerectomía.

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 85-92

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the results of vaginal hysterectomies without vaginal prolapse. **DESIGN:** Descriptive study. **SETTING:** Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. **MATERIAL AND METHODS:** Review of clinical records of vaginal hysterectomies cases carried since 1997. Operating time, hospital stay, complications and reference series were examined. **RESULTS:** No major complications were found in 200 vaginal hysterectomies. **CONCLUSION:** In patients with indication of hysterectomy for benign pathology and up to stage IA1 cervical cancer the vaginal route is suggested.

Key words: Vaginal hysterectomy; Vaginal prolapse; Surgical complications; Hysterectomy type.

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 85-92

Centro Hospitalario Pereira Rossell
Clínica Ginecotocológica 'C' Prof. Dr. J.C. Cuadro
Facultad de Medicina, Montevideo Uruguay.
Dr. Gonzalo A. Sotero Salgueiro. 26 de Marzo 1220/602
Tel. 7080582. E-mail: gonzasote@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

"...cuando se hace una histerectomía vaginal, se hace una histerectomía, cuando se hace una histerectomía abdominal, se hace dos intervenciones: una laparotomía y una histerectomía..."

Richter

Desde siempre, la vía vaginal de acceso a la pelvis es patrimonio exclusivo de los ginecólogos. Tal es así que todo cirujano ginecológico que se precie de tal, debería dominarla a la perfección.

Ya Doyen (1859-1916), pionero de los cirujanos vaginalistas¹, afirmaba: "nadie puede llamarse ginecólogo hasta que pueda realizar una histerectomía, con una técnica tan carente de falla por la vagina como si la estuviera realizando por vía abdominal."

La histerectomía vaginal precedió en varios siglos a la histerectomía abdominal. La cirugía que se realizaba hace dos siglos, estaba condicionada por las



infecciones, las hemorragias y el dominio del dolor, considerándose la laparotomía extremadamente peligrosa y reservada para ciertas emergencias.

La primera histerectomía por vía vaginal es atribuida a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 a.C. amputó un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal. Ésta es la primera histerectomía por vía vaginal documentada⁴. Con respecto a estos precedentes, Mathieu, en su obra 'Historia de la histerectomía', refiere que "estas personas veían un útero invertido o prolapsado que protruía de la vagina y, sin reconocer su naturaleza, terminantemente lo seccionaban"...⁵ Esto explica que las primeras histerectomías vaginales fueron hechas sin fundamento y todas en úteros prolapsados.

Se produjeron múltiples intentos posteriores, tanto en Estados Unidos como en Europa, de realizar la histerectomía por vía vaginal, y todos ellos fracasaron por falta de fundamentos técnico-quirúrgicos⁶.

Es así que se llega al siglo XIX, cuando, en 1829, en París, Recamier (1744-1852) realiza la primera histerectomía vaginal con éxito, detallando una minuciosa descripción operatoria, con fundamentos anatómicos y utilizando la aguja de Deschamps⁶.

A partir de este hecho relevante en la historia de la ginecología, dicho procedimiento comenzó a ser difundido a ambos márgenes del Océano Atlántico, pero, desgraciadamente, no se obtuvo el mismo resultado que Recamier.

La primera histerectomía vaginal registrada en nuestro país fue realizada en 1882, por Carl Brendel, un ginecólogo alemán que se encontraba radicado en nuestro país⁷.

Paralelamente, en 1809, Ephrain McDowell, en Danville, marcó un hito histórico al realizar una exitosa extirpación de un quiste de ovario por vía laparotómica, desafiando todos los pronósticos. Ésta es considerada la primera laparotomía ginecológica y alentó a seguir intentando con la vía abdominal³. Esto llevó al descrédito de la vía vaginal, con abandono total de la misma hasta finales de 1800, cuando la cirugía vaginal es retomada y llega a su máximo esplendor, gracias al impulso de Peham, Doyen y Pozzi, quienes mejoraron y difundieron la técnica⁶.

Mención aparte merece la escuela vienesa, la que, de la mano de Friedrich Schauta (1849-1919) y su discípulo Isidor Amreich, desarrollaron la histerectomía radical vaginal ampliada, con criterio oncológico para el cáncer de cuello uterino, considerada una obra maestra de la cirugía².

Hoy en día, ya no se trata de defender o atacar una u otra vía, sino conocer las indicaciones de una y otra.

Jean-Louis Faure, cirujano ginecológico abdominalista², aseveraba que "*la discusión sobre la bondad de una u otra vía se suscita no entre vaginalistas o abdominalistas, sino entre los que saben hacer la histerectomía vaginal y los que no saben hacerla, pero que, no percatándose de ello, insisten en proscribirla.*"

En Estados Unidos, una de cada tres histerectomías es realizada por vía vaginal⁸; esto también se da a nivel mundial⁹. En algunos centros, con clara inclinación hacia la vía vaginal, este índice llega alrededor de un 80% (Bezdek, Brigarova, Kleisl)⁸.

Dargent, que en 1997 dictó en nuestro país el primer curso de cirugía vaginal, en su centro de Lyon, tiene un índice de histerectomías por vía vaginal de 62%.

En cuanto al índice de complicaciones, en la serie más grande publicada, AM Weber y Jar-Chi Lee analizaron los resultados de 180 centros, en 37 313 histerectomías vaginales, con un índice total de complicaciones de 7,8%¹⁰.

Debido a que son varios los centros^{1,9-13} que tienen experiencia en esta vía, con series debidamente publicadas, en nuestra clínica, a partir del primer curso de cirugía vaginal dictado en 1997 por Dargent, se comienza a incursionar en esta vía para la histerectomía en úteros no prolapsados.

Es así que, a fines de 1998, se había realizado 40 histerectomías por esta vía. Durante ese año se realiza el segundo curso de cirugía vaginal, también a cargo del Dargent, lo cual arraiga definitivamente esta técnica.

En 1999, se dicta el curso de actualización ginecológica en cirugía vaginal e incontinencia de orina¹⁴, en el que X Iglesias mostró diferentes técnicas de reducción uterina intraoperatorias. Este paso fue



fundamental para el impulso definitivo de esta técnica en la Clínica Ginecotológica "C", pasando a ser la vía de primera elección para las histerectomías por patología benigna y cáncer de cuello, hasta el estadio IA1. A fines de 1999 se había realizado 120 histerectomías por vía vaginal.

Continuando con este impulso, en el año 2001, en el XIII Congreso Uruguayo de la especialidad, el grupo de cirugía vaginal Montevideo de la Clínica Ginecotológica 'C' presentó un CD-ROM, con el objetivo de favorecer la difusión nacional de la técnica¹⁵.

Partiendo de esta premisa, en la Clínica Ginecotológica 'C', a cargo de JC Cuadro, a partir de abril de 1998, previa preparación en la técnica de la histerectomía vaginal en útero no prolapsado—lo cual se detalla más adelante—, se comenzó a producir un proceso de cambio en la concepción y elección de la vía de abordaje para la histerectomía. Es así que, en la última década, el porcentaje de histerectomías vaginales en útero no prolapsado en el Centro Hospitalario 'Pereira Rossell' (CHPR) era 0%, reservando la vía vaginal exclusivamente para los úteros con prolapso de III grado. Es sabido por relatos que este tipo de cirugía se realizaba anteriormente en nuestro país, pero lamentablemente no existen registros ni publicaciones al respecto.

Es por ese motivo que, a tres años de haber comenzado este proceso, y cumplidas 200 histerectomías en útero no prolapsado se realiza un primer balance de los resultados de la curva de aprendizaje y su publicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de los resultados obtenidos en las primeras 200 histerectomías vaginales en útero no prolapsado, revisando aspectos técnicos, indicaciones, tiempo operatorio, volumen uterino, complicaciones, analgesia postoperatoria, estancia hospitalaria, mostrando lo anterior ciertos aspectos de la curva de aprendizaje.

La población estudiada consiste en mujeres del CHPR que, como único criterio de inclusión, tenían indicación de histerectomía por patología de naturaleza benigna, salvo cánceres de cuello hasta el estadio IA1, y condiciones de ser operadas por

vía vaginal. Cada paciente operada era registrada en una ficha protocolizada, que analizaba datos de la valoración preoperatoria, de la cirugía y el postoperatorio. La ficha debía ser llenada durante la internación de la paciente, hasta el control en la semana poscirugía.

El único criterio de exclusión que se consideró fue el hecho de no tener la ficha del protocolo quirúrgico, de la cual se obtenía los datos (cinco pacientes), por lo que no fueron tenidas en cuenta en el momento de sacar las conclusiones de la base de datos. No se consideró una edad límite máxima ni mínima ni la raza de las pacientes.

Las cirugías fueron todas realizadas por residentes y asistentes del servicio y, como único material quirúrgico a destacar fuera del utilizado comúnmente en toda cirugía vaginal, es la aguja de Deschamps y las valvas en bayoneta o de Breisky.

Se analiza 200 casos de pacientes operadas de histerectomía vaginal sin prolapso visceropélvico, en el período comprendido entre abril de 1998 y abril de 2001, de acuerdo al protocolo diseñado. Estos casos fueron distribuidos entre los tres años, de la siguiente forma: 1998, cuarenta procedimientos; 1999, ochenta procedimientos; y, en el año 2000, ochenta procedimientos. En este momento, 96% de las histerectomías en útero no prolapsado por las indicaciones antedichas se realiza por vía vaginal.

La franja etaria corresponde mayormente a las mujeres entre 41 y 50 años, lo que explica de alguna manera la distribución de las causas que motivaron la intervención. Esta característica de la población se mantuvo durante los tres años analizados. Diez por ciento correspondió a menores de 40 y 31% a mayores de 50 años.

La distribución de las indicaciones se ha mantenido, como ya fue dicho, a lo largo de estos tres años, siendo la miomatosis (70%) y la metropatía hemorrágica (20%) las más frecuentes. A partir del año 1999, debe destacarse que se agrega a las indicaciones los cánceres de cuello uterino hasta el estadio IA1 (10%); esto implica que se comenzó a practicar este tipo de abordaje en úteros con cuellos conizados o amputados por cáncer de cuello uterino, lo que conlleva una mayor dificultad técnica, como luego se analiza.



Otras indicaciones menos frecuentes fueron adenomiosis y dolor pélvico crónico. Éstas en su conjunto no superaron nunca el 5% durante los tres años.

En el año 1998 (primer año de instauración de la técnica), los antecedentes quirúrgicos de las pacientes implicaban una baja posibilidad de complicación en el desarrollo de la técnica.

En el segundo año (1999), se comenzó a incluir en la serie pacientes que ofrecían otras dificultades, como pacientes con una o dos cesáreas, antecedentes de operación de Burch y amputación del cuello uterino.

Este proceso de aumento de dificultad en la técnica continuó en el año 2000, cuando se incorporó, a las anteriores, pacientes tricesareadas (considerado hoy un exceso) y con el antecedente de operación de Fotherhill.

Esta evolución tuvo como resultado un aumento del porcentaje de pacientes con antecedentes quirúrgicos pélvicos, año por año. Así, en 1998, 38% de nuestras pacientes tenía antecedentes quirúrgicos; en 1999, 50%; y, en el año 2000, 62%.

ASPECTOS TÉCNICOS

Preoperatorio

La valoración preoperatoria fue la de toda cirugía, realizada por un equipo médico integrado por internista, cardiólogo, anestesista, ginecólogo y, eventualmente, sicólogo y hemoterapeuta.

En ese momento se le informó a la paciente –y de ser posible a su pareja– de las características de la intervención, ventajas y desventajas y vías alternativas de abordaje; de las posibles complicaciones anestésicoquirúrgicas, de la posibilidad de reconversión de la vía y de la evolución normal durante la convalecencia.

La valoración incluyó:

- Historia clínica
- Examen genital
- Patologías médicas
- Insuficiencia venosa de miembros inferiores: el estado del capital venoso de los miembros inferiores es de fundamental importancia. La existencia de una insuficiencia venosa crónica im-

plica un elevado riesgo de complicaciones tromboembólicas, considerando que es una cirugía pélvica, con un tiempo generalmente superior a los treinta minutos, en una posición que interfiere con el normal drenaje venoso de los miembros inferiores; por lo que hay autores que preconizan trombopprofilaxis a todas las pacientes, lo cual se realizó a las pacientes de la serie analizada¹⁶.

- Trombopprofilaxis: Incluye medidas pre, intra y postoperatorias.

En el preoperatorio, debe suspenderse los compuestos estroprogestacionales, por lo menos seis semanas antes de la operación. Se recomienda el uso de heparina cálcica o heparinas de peso molecular bajo, tipo enoxaparina; la calciheparina es administrada en dosis de isocoagulación, o sea, 0,2 mL SC 2 horas antes de iniciar la operación, la que se mantiene cada 8 ó 12 horas, hasta la deambulación completa. La enoxaparina es administrada en dosis de 20 ó 40 mg SC/día, según el riesgo.

En el intraoperatorio se disminuye el riesgo mediante una cirugía rápida y atraumática, el uso de vendas elásticas y de pierneras acolchadas, para evitar zonas de compresión o pierneras que no compriman la pantorrilla¹⁷.

- Infección genital baja
- Vía urinaria: el diagnóstico y tratamiento de infecciones urinarias asintomáticas¹⁸
- Preparación del aparato digestivo
- Preparación local
- Antibioticoterapia profiláctica: se indicó en forma protocolizada metronidazol 1 g intravenoso 30 minutos antes de la cirugía¹⁹. Se destaca, de todos modos, que cualquier plan antibiótico profiláctico puede ser utilizado.
- Sedación: se realizó sedación con benzodiazepinas, por VO la noche previa (diazepam 5 mg).
- Autotransfusión: El trabajo en conjunto con el departamento de hemoterapia permitió realizar hysterectomías vaginales en pacientes testigo de Jehová. En las mismas se realizó una de las modalidades de autotransfusión: la hemodilución normovolémica (técnica aceptada por los mismos).



Técnica quirúrgica

La técnica utilizada fue la introducida por Dargent (operación de Peham-Amreich)¹³. Sus ocho pasos fundamentales son:

1. Colpotomía circular
2. Disección del espacio vesicouterino
3. Apertura del fondo de saco de Douglas
4. Ligadura y sección de ligamentos uterosacros y cardinales
5. Ligadura y sección de pedículos uterinos
6. Luxación del cuerpo uterino
7. Ligadura y sección del sistema anexial
8. Parametrio fijación y colporrafia circular.

Se destaca que en las pacientes analizadas no se realizó el cierre del peritoneo y la vagina se dejó parcialmente abierta, a diferencia de la técnica mencionada, en la cual se peritoniza y se cierra totalmente la vagina.

A partir del año 1999, se incorporó procedimientos quirúrgicos que permitieron realizar histerectomía vaginal a pacientes de mayor complejidad; éstas fueron las técnicas de reducción de tamaño uterino intraoperatorias (miomectomías, morcelación y enucleación) y la asistencia laparoscópica.

Postoperatorio

Los cuidados postoperatorios practicados a estas 200 pacientes fueron:

- **Mechado vaginal**

Finalizada la intervención, hay escuelas que preconizan el mechado vaginal por 24 a 48 horas. Según Dargent, el mismo no es necesario, ya que si se realizó una correcta hemostasis, el mismo no contribuye al control de sangrado; por el contrario, puede enmascararlo²⁰.

Sólo en algunos casos se dejó mechado vaginal durante 12 horas, con el fin de detener sangrados en napa de la cúpula vaginal

- **Manejo de la vía urinaria**

Finalizada la intervención, se realizó un cateterismo vesical, sólo con el fin de evaluar las características de la orina, ya que el hecho de ser clara y fluir en cantidad normal descarta lesiones vesicales.

Sólo se dejó sonda a permanencia en aquellas pacientes en las cuales se realizó algún procedimiento en vejiga.

- **Tromboprofilaxis**

Se debe insistir en la deambulacion precoz (a las 8 ó 12 horas de operada) y las medidas medicamentosas ya detalladas.

- **Manejo del aparato digestivo**

Se comienza progresivamente con líquidos, luego de la recuperación anestésica, instalando un régimen blando a las 24 horas del postoperatorio. Recuperado el peristaltismo intestinal, se indica un régimen de salud. De ser necesario, se administra un laxante suave a las 48 horas.

- **Analgesia**

La histerectomía vaginal es muy dolorosa en las primeras horas del postoperatorio; hay estudios que muestran que no hay diferencias significativas en el uso de analgésicos respecto a la histerectomía vaginal asistida, pero los requerimientos son menores en comparación con la vía abdominal²¹.

La analgesia se realiza por vía intravenosa en las primeras 24 horas. Como analgésico se utilizó dextropropoxifeno 38 mg más dipirona magnésica 1 g cada 8 horas; y ketoprofeno 100 mg diluido a demanda.

Se destaca el hecho de que la evolución del dolor tiene un pico entre las 8 y 12 horas, luego de lo cual disminuye bruscamente hasta desaparecer, por lo que se plantea como medida de futuro dejar un catéter luego de la anestesia regional, para retirarlo a las 12 horas, previo refuerzo de la analgesia, de manera de cubrir las horas de máximo dolor.

- **Control luego del alta médica**

Se coordina control en policlínico a los 7 y a los 30 días, para evaluar evolución y reinscripción a sus tareas habituales.

Para medir resultados, se evaluó el tiempo operatorio, las complicaciones intra y postoperatorias, la pérdida sanguínea, el tamaño uterino y el confort postoperatorio.



RESULTADOS

Para que una técnica quirúrgica sea recomendable, debe cumplir con los postulados de ser segura, sencilla, reproducible y aplicable a la población que se asiste.

El tiempo operatorio fue cuantificado desde el comienzo de la inducción anestésica hasta la finalización del cierre de vagina (Tabla 1). Este tiempo fue variando en el correr de los tres años. El tiempo medio en el año 1998 fue 94 minutos; en 1999, 87 minutos; y, en el año 2000, 70 minutos.

El peso uterino fue tomado inmediatamente de extraída la pieza (Tabla 1).

En 1998 el peso uterino medio fue 160 g. En los dos últimos años, el valor medio se mantuvo constante, alrededor de los 230 g (90 a 230 g).

De acuerdo a estos parámetros, se dividió a la población (n = 200) en tres grupos:

- Variación menor a 1 g/dL.
- Variación de 1 a 3 g/dL.
- Variación mayor a 3 g/dL.

El resultado fue que 60% de las pacientes perdió menos de 1 g/dL, 28% entre 1 y 3 g/dL y 12% más de 3 g/dL.

Globalmente, la serie tiene un índice de complicaciones de 10% (Tabla 1).

La complicación más frecuente fue la lesión vesical, la cual constituyó 30% de las complicaciones, seguida por los hematomas de la cúpula vaginal (25%), los sangrados intraoperatorios (20%), abscesos de la cúpula (15%) y, por último, las parestesias de miembros inferiores y la ligadura de uréter, cada una con 5%.

Ocho complicaciones fueron intraoperatorias y, dos de éstas (una lesión vesical y un sangrado intraoperatorio) requirieron conversión de la vía de abordaje, para su solución.

La ligadura de uréter fue de diagnóstico postoperatorio, realizándose una laparotomía a los 20 días; el hallazgo intraoperatorio fue de uréter acodado, solucionándose el problema en esta intervención, restituyéndose la funcionalidad del uréter.

En el año 1999 se produjo un aumento no significativo del índice de complicaciones y en el año 2000, a pesar de mantener la misma población de pacientes, el índice de complicaciones vuelve a valores similares a los de 1998.

La internación postoperatoria media fue 48 horas, con un máximo de 144 y un mínimo de 16, en una paciente que abandona el hospital sin indicación médica. (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Cuando se analiza los parámetros expuestos anteriormente, se desprende que, en el transcurso de estos tres años, debido a la experiencia adquirida y a la implementación de nuevos procedimientos, los resultados han mejorado ostensiblemente, característica propia de la evolución de la curva de aprendizaje. Es así que a lo largo del periodo en estudio se fueron realizando mayor cantidad de histerectomías por vía vaginal, que ofrecían mayores dificultades (antecedentes quirúrgicos más complejos, tamaños uterinos mayores), con mejores resultados (menor tiempo operatorio, índice de complicaciones aceptable). Esto está acorde con los valores de los centros de referencia en la técnica¹.

Tabla 1. Medición del tiempo operatorio, peso del útero, complicaciones y tiempo de internamiento.

Año	Tiempo operatorio (minutos)	Peso del útero (media en gramos)	Complicaciones	Internación promedio (horas)
• 1998	94	160	10%	48
• 1999	87	234	13%	48
• 2000	70	230	7%	48



El tamaño uterino tiene implicancias en la dificultad técnica del procedimiento, como es obvio suponer. Es así que, la mayoría de las escuelas vaginalistas toman como límite para esta vía un tamaño uterino clínico que no supere la equivalencia a 3 ó 4 meses de gestación. Mellier²² considera que, si no existen contraindicaciones para la vía, el volumen uterino no es una limitante, siempre y cuando no se trate de un útero excesivamente grande. Compara a la histerectomía vaginal en útero no prolapsado con la prueba de parto en el parto vaginal, es decir, comenzar por la vía vaginal y, en el caso de no poder, convertir a la cirugía a una histerectomía abdominal.

En los dos últimos años, el valor medio se mantuvo constante, alrededor de los 230 g (90 a 230 g), el equivalente casi a un embarazo de 3 meses, según Kovac²⁰. El salto cuantitativo en cuanto al tamaño uterino corresponde fundamentalmente a la incorporación de procedimientos quirúrgicos de reducción de las dimensiones uterinas, a lo que se le sumó también la asistencia laparoscópica.

Medir la pérdida sanguínea intraoperatoria no es un procedimiento fácil ni preciso. Lo que se hizo fue medir la variación de hemoglobina entre el preoperatorio inmediato y el postoperatorio inmediato. Se desestimó esta medida en las dos pacientes de la serie que requirieron transfusión.

El índice de complicaciones de 10% (Tabla 1) se encuentra dentro de lo esperado, en comparación con series internacionales de referencia^{1,9-13}. En el año 1999, se produjo un aumento no significativo del índice de complicaciones, seguramente debido a la realización de la técnica en pacientes con mayor complejidad quirúrgica y a la incorporación de nuevos procedimientos.

En el año 2000, a pesar de mantener la misma población de pacientes, el índice de complicaciones vuelve a valores similares a los de 1998, seguramente debido a la adquisición de experiencia en estos nuevos procedimientos.

Las dos complicaciones intraoperatorias que requirieron conversión de la vía de abordaje para su solución, seguramente fue debido a la inexperiencia, dado que en las siguientes lesiones vesicales, la reparación se realizó por vía vaginal, sin dificultades y con buena evolución.

Un punto discutible de esta serie, que se encuentra alejada de la realidad internacional, es el porcentaje de histerectomías en úteros no prolapsados por vía vaginal (96%), cuando es por las indicaciones ya analizadas^{8,9}. Esto es debido, sin duda, a que aún no se ha llegado al equilibrio definitivo acerca de las indicaciones de la técnica, dejándose llevar en algunos casos por el entusiasmo inicial.

Si bien se trata de un Servicio Universitario, en donde permanentemente hay un recambio de técnicos, ingresando residentes con nula experiencia en esta vía, es de destacar que desde el inicio los resultados se mantuvieron dentro de valores equiparables a series internacionales de referencia^{1,9-13}.

Esto traduce que lo relevante es la experiencia global de un equipo, más allá de la experiencia individual, y permite además evaluar la curva de aprendizaje, ya que se observa en la gráfica siguiente—que resume la síntesis evolutiva—que si bien el número de cirugías de este tipo aumentó ostensiblemente en el período de tiempo analizado y los antecedentes quirúrgicos fueron en aumento, el número de complicaciones no tuvo variaciones, incluso disminuyó algunos puntos.

Estos resultados alientan a seguir utilizando la técnica descrita como primera opción, ya que redundan, sin dudas, en beneficio para la paciente, en primer lugar por el mayor confort postoperatorio, y para la institución de salud, ya que claramente acorta la estadía de la paciente, disminuyendo los gastos de cama y materiales (estudio en desarrollo)²⁴.

Se trata entonces de una técnica segura, sencilla, reproducible y, por lo tanto, fácilmente aplicable a cualquier población. En cuanto a las complicaciones, son pocas y casi siempre previsibles.

El conocer la técnica y las posibles complicaciones, además de una adecuada valoración preoperatoria con una preparación física y psicológica de la paciente (incluyendo una correcta información), ayudan a obtener los mejores resultados.

Por todo lo anterior, más el hecho de tener un postoperatorio excelente y corta internación, se concluye que, en pacientes con indicación de histerectomía por las causas analizadas, sin contraindicaciones para la técnica, sería la vía de elección.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balagueró L. Cirugía vaginal. Clínica Ginecológica. Cap 6. Barcelona: Salvat. 1988:42-66.
2. Balagueró L. Cirugía vaginal. Clínica Ginecológica. Cap 6. Barcelona: Salvat. 1988:42-66.
3. Morley G. Historia de la histerectomía. American College of Obstetrics and Gynecology. 1988.
4. Sorano de Efoeso 98-138 a.C. De morbis mulierum (Obra ginecológica de la edad antigua). Extraído de Balagueró L. Cirugía vaginal. Clínica Ginecológica. Cap 1. Barcelona: Salvat. 1988:2 (1-11).
5. Mathieu A. History of hysterectomy. West J Surg Obstet Gynecol 1934; 42: 2.
6. Benito E, Simancas T, Añez J. Historia de la histerectomía vaginal. Clínica Ginecológica. Salvat. 1988:1 (1-11).
7. Mañé Garzón F. Publicaciones Médicas Uruguayas de los siglos XVIII y XIX. Montevideo: Oficina del Libro AEM. 1996
8. Thompson J, Warshaw J. Histerectomía. En: Te Linde. Ginecología Quirúrgica Cap 33:793-878.
9. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 1982; 144: 841-8.
10. Weber AM, Jar-Chi Lee. Pacientes histerectomizadas en 6 años (1988-94) en 180 hospitales. NEJM 1996; 335(7): 483-9.
11. Becker K, Muller-Wuhr E, Stark G. Follow-up of 2300 vaginal and abdominal hysterectomies. Fortshr Med 1977; 95(22): 1425-8.
12. Grosdemouge I, Bleret-Mattart V, von Theobald P, Dreyfus M. Complications of vaginal hysterectomy on non-prolapsed uterus. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2000; 29(5): 478-84.
13. Dargent D, et al. Histerectomie vaginale. J Gynecol Obstet Biol Repr Paris 1980; 9: 895-908.
14. IV Curso de Actualización en Ginecología, Cirugía Vaginal e Incontinencia de Orina. 6-8 de octubre de 1999. C.H.P.R. Mvdeo, Uruguay.
15. Sotero G. Histerectomía vaginal en útero no prolapsado. (Atlas quirúrgico en CD-Rom). Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay; 2001.
16. Reccommandations de L'Assistance Publique-Hopitaux de Paris. Prophylaxie des thromboses veineuses post-operatoires. STV 1995; 7(2): 119-20.
17. Reiffenstul, Platzer, Knapstein. Operaciones por vía vaginal. Marban 1998; 1: 45-6.
18. 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(6): 1815-8; discussion 1818-21.
19. Haverkorn MJ. A comparison of single-dose and multi-dose metronidazole prophylaxis for hysterectomy. J Hosp Infection 1987; 9(3): 249-54.
20. Dargent D. Comunicación personal.
21. Balagueró L. Cirugía vaginal. Clínica Ginecológica. Salvat. Cap 17. 1988:164-8.
22. IV Curso de Actualización en Cirugía Ginecológica, marzo de 2000, Mvdeo, Uruguay.
23. Kovac R, et al. Wright State University School of Medicine, Miami Valley Hospital. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1257-63.
24. Sotero G. Comparación de gastos en la histerectomía vaginal vs. la histerectomía abdominal. En: Sotero G. Clínica Ginecotológica "C", C.H.P.R.. En publicación.