

Comunicación Corta

HISTERECTOMÍA VAGINAL POR LA TÉCNICA MODIFICADA DE PELOSI. INFORME PRELIMINAR

Ítalo Coripuna, Jorge Díaz, José Grande, Ernesto Huayta-Zacarias*



RESUMEN

OBJETIVO: Conocer los beneficios de la aplicación de una nueva técnica operatoria para histerectomía vaginal. **DISEÑO:** Estudio descriptivo transversal. **LUGAR:** Hospital Nacional Cayetano Heredia. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Pacientes intervenidas con la técnica operatoria de histerectomía vaginal modificada por Pelosi, entre junio de 1998 y mayo del 2001. **RESULTADOS:** Ochenta y siete por ciento de las intervenciones fue realizada por el médico residente. El tiempo promedio de la cirugía fue 122 minutos. Se extrajo un útero de hasta 18 cm. No hubo complicaciones intraoperatorias y las complicaciones postoperatorias fueron infección de la vía urinaria (13%) e infección de cúpula (8,7%). En el análisis anatomopatológico el hallazgo más frecuente fue cervicitis crónica (35%). **CONCLUSIONES:** La histerectomía vaginal mediante la técnica modificada de Pelosi es un procedimiento seguro, que muestra en nuestro medio beneficios similares a los reportados en la literatura.

Palabras clave: Histerectomía abdominal; Histerectomía vaginal; Técnica modificada de Pelosi.

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 118-23

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the benefits of a new surgical technique for vaginal hysterectomy. **DESIGN:** Descriptive cross-sectional study. **SETTING:** Cayetano Heredia National Hospital. **MATERIAL AND METHODS:** Patients treated with Pelosi's modified vaginal hysterectomy (PMVH) between June 1998 and May 2000. **RESULTS:** A 18% of the patients were surgically intervened by medical residents. Mean surgical time was 122 minutes. An 18 cm uterus was removed. No intraoperative complications were found and postoperative complications were urinary tract infection (13%) and vaginal cuff infection (8,7%). Most frequent pathology finding was chronic cervicitis (35%). **CONCLUSION:** PMVH is a safe procedure with similar benefits in our country than those reported in the literature.

Keywords: Abdominal hysterectomy; Vaginal hysterectomy; Pelosi's modified technique.

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 118-23

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia

* Departamento de Gestión e Investigación de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Premio Nacional Schering al Mejor Trabajo de Ginecología y Obstetricia, Agosto de 2001
Correspondencia: Ítalo Coripuna. Calle Marcos Nicolini 186. Ingeniería, SMP. Tel 381-7077

INTRODUCCIÓN

La histerectomía constituye la segunda intervención de cirugía más frecuente en los Estados Unidos, donde se realiza aproximadamente 600 000 intervenciones anuales¹.

Las indicaciones principales de la histerectomía incluyen miomas uterinos, endometriosis, hiperplasia endometrial, algunos casos de dolor pélvico crónico asociado a enfermedad inflamatoria pélvica, neoplasias malignas ginecológicas, siendo la miomatosis uterina una de las causas más frecuentes².

La histerectomía vaginal, en comparación con la histerectomía abdominal, presenta menor número de complicaciones postoperatorias, como menor sangrado, estancia hospitalaria, período de convalecencia y morbilidad³. Inclusive, en los casos de mayor tiempo operatorio por útero grande, la histerectomía vaginal resulta tan segura y efectiva como para úteros de tamaño normal⁴. Asi-



mismo, dos grupos americanos obtuvieron experiencias satisfactorias de histerectomía vaginal con morcelación uterina^{5,6}.

El costo de la histerectomía vaginal comparada con la abdominal y laparoscópica es menor, debido a menor tiempo operatorio y menor costo del material utilizado⁷.

El dominio de la técnica de histerectomía en la cirugía ginecológica fue descrito por Heaney, en 1934⁸, siendo mencionado más adelante como un método confiable y anatómicamente seguro^{9,10}. Recientemente, Pelosi describió un método de histerectomía vaginal más eficiente que la técnica convencional, aún para casos simples, donde la patología se encuentra relacionado con estructuras dentro de la pelvis y no con defectos en el mecanismo de soporte del suelo pélvico^{11,12}.

El presente estudio ayudará a conocer los beneficios de la aplicación de la nueva técnica operatoria para histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia del Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, centro de referencia asistencial del Cono Norte de Lima.

Los datos se obtuvo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, cuyas estadísticas para el año de 1999 muestran que se realizó 122 histerectomías abdominales totales y 69 histerectomías vaginales, lo que suma un total de 191 intervenciones para ese año. Mientras tanto, en el año 2000 se realizó un total de 164 histerectomías, de las que el 65,2% fueron histerectomías abdominales y el 34,8% histerectomías vaginales.

Se recolectó la información en una ficha previamente estructurada, donde se incluyó los datos de todas las pacientes del estudio así como las siguientes variables: edad de la paciente, estado civil, grado de instrucción, número de gestaciones, tiempo de enfermedad, diagnóstico preoperatorio, tipo de anestesia, cirugía agregada, tiempo operatorio, volumen de sangrado, variación del hematócrito, tamaño uterino, complicaciones intraoperatorias, días de hospitalización postoperatoria, complicaciones postoperatorias.

Se incluyó en el estudio a todas las pacientes que cumplían con una o más de las siguientes indicaciones para histerectomía: distopias genitales en cualquiera de sus grados, hemorragia uterina disfuncional recidivante, miomas uterinos de pequeño o mediano volumen, cáncer epidermoide *in situ*, dolor pélvico tipo dismenorrea y dispareunia, adenomiosis asintomática, adenocarcinoma de endometrio estadio 1a.

Un total de 23 personas fue sometido a histerectomía vaginal por la técnica operatoria modificada de Pelosi, que se describe a continuación:

1. Se coloca a la paciente en posición ginecológica. Posición de la mesa operatoria en Trendelenburg en +20°.
2. Se introduce una valva de peso, cuya función es deprimir la pared vaginal posterior y facilitar la tracción del cuello uterino mediante una pinza tenáculo de dos dientes. Se practica la circuncisión de la mucosa sobre el cérvix, a 3 mm por debajo de la extensión de la vejiga. Otro punto importante de referencia es el pliegue transversal de la vagina, en el lugar donde termina la zona lisa que recubre el cuello uterino.
3. La pared anterior de la vagina, con la vejiga adyacente, es separada del útero. Los ligamentos vesicouterinos o pilares vesicales, son seccionados entre pinzas y ligados con puntos de transfixión.
4. Luego el cuello uterino es llevado hacia arriba, con dos pinzas de tenáculo (Figura 1).



Figura 1.

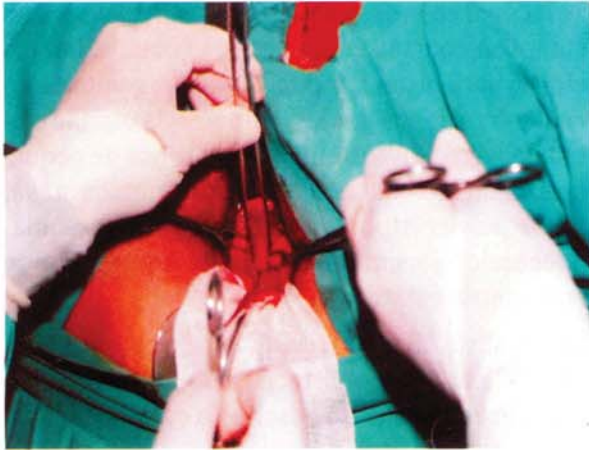


Figura 2.

Se visualiza la cara posterior de la vagina, que es seccionada verticalmente (a un radio de las seis horas), hasta llegar al fondo de saco posterior (Figura 2). Luego se abre el fondo de saco posterior, en el espacio comprendido entre los ligamentos uterosacros.

- Haciendo tracción del útero hacia arriba y hacia el lado opuesto, se toma con una pinza de Heaney los ligamentos uterosacros y cardinal del lado opuesto y se corta con tijeras frente a la pinza. Se reemplaza la pinza con una sutura con Vicryl número uno y se repara el cabo, fijándolo lateralmente con una pinza de Kocher. El mismo procedimiento se realiza del lado contralateral.
- Después de haber cortado los ligamentos uterosacros y cardinales, el útero desciende mucho más, con lo cual se descubren los vasos uterinos. Se pinza los vasos uterinos, conjuntamente con una parte de la base del ligamento ancho. La pinza se coloca de abajo hacia arriba y en ángulo recto con el útero. Se secciona con tijera y se reemplaza la pinza con un punto de Vicryl número uno. Se anuda y se corta los cabos. Se repite el procedimiento en el lado opuesto. En algunos casos, cuando fue necesario se realizó la morcelación (de diversos tipos).
- Se coloca una pinza Heaney en la porción superior del ligamento ancho izquierdo, que incluye la extremidad uterina del ligamento redondo, la

porción proximal de la trompa, el mesosálpinx y el mesoovario. Se libera el útero mediante corte con tijeras y se reemplaza las pinzas con suturas transfixiantes, en forma de ocho, con Vicryl número uno, y se repara los cabos. Se repite los mismos pasos en el lado derecho, quedando el útero extirpado.

Se realiza la revisión de la hemostasia. Se suspende uterosacros y cardinales izquierdos a los bordes de la vagina, a las tres y las seis, y los uterosacros y cardinales derechos a las nueve y a las seis.

Se cierra la cúpula vaginal con Vicryl número uno, con puntos separados en sentido vertical y se deja tapón vaginal.

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa estadístico SPSS 9,0 y tablas de frecuencias.

RESULTADOS

Fueron sometidas a histerectomía vaginal por la técnica modificada de Pelosi un total de 23 pacientes, cuyas edades variaban entre los 43 y 82 años, con una media de 63 años. Del total de pacientes en estudio, dos (8,7%) eran solteras, catorce (60,9%) casadas, cuatro (17,4%) viudas y tres (13%) convivientes.

Según el grado de instrucción, una (4,3%) era analfabeta, quince (65,2%) tenían instrucción primaria, seis (26,1%) instrucción secundaria y una (4,3%) educación superior.

Al evaluar el número de gestaciones de cada paciente, se observó que seis de las pacientes tuvieron seis (26,1%) y tres (13%) gestaciones. El resto tuvo entre cero y doce gestaciones, como máximo.

Se encontró que 15 (65,2%) de las pacientes cursaban con menopausia. El período menopáusico variaba entre 6 y 38 años como máximo. Tan sólo dos (8,7%) de estas pacientes recibían terapia de reemplazo hormonal.

De las 23 pacientes sometidas a histerectomía vaginal, 12 (52,2%) presentaron antecedentes de comorbilidad, como hipertensión arterial (6; 26,1%), diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar e infección de la vía urinaria. Tabla 1.



Tabla 1. Antecedentes preoperatorios de comorbilidad.

• Hipertensión arterial	6
• Diabetes mellitus	2
• Tuberculosis pulmonar	2
• Infección de la vía urinaria	2
• Brucelosis	1
• Endometriosis	1
• Osteoporosis	1
• Artritis reumatoide	1

Al evaluar los antecedentes quirúrgicos, se aprecia que siete (30,4%) de las 23 pacientes fueron sometidas: a legrado uterino, 2 (8,7%); neumomec-tomía, 1 (4,3%); ligadura de trompas bilateral, 2 (8,7%); hernioplastia, 1 (4,3%); cesárea, 2 (8,7%); y apendicectomía, 1 (4,3%). En la evaluación cardiológica, 14 pacientes (60,9%) tuvieron un riesgo quirúrgico I, 8 pacientes (34,8%) riesgo quirúr-gico II y 1 paciente (4,3%) riesgo quirúrgico III.

El tiempo de enfermedad previo a la intervención quirúrgica varió entre un mes y seis años.

Entre los hallazgos patológicos preoperatorios se tiene: distopia genital grado I-II en 5; distopia genital grado III, 8 (34,8%); procidencia, 9 (39,1%); miomatosis, 6 (26,1%); e incontinencia urinaria al esfuerzo, 19 (82,6%).

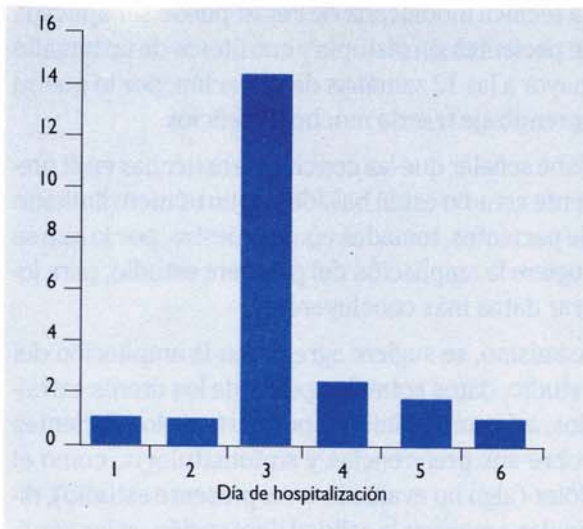


Figura 3. Estancia hospitalaria

La intervención quirúrgica fue realizada por el médico residente en 20 casos (87%) y por el mé-dico asistente en 3 (13%); se aplicó anestesia epi-dural en todos los casos.

Aparte de la histerectomía vaginal, en 22 (95,7%) de las pacientes se realizó algunos procedimien-tos agregados. Así, también, se realizó: colporrafia anterior, en 19 (82,6%); colporrafia posterior, en 18 (78,3%); plicatura de Kelly, en 19 (82,6%); y, morcelación, en 6 (26,1%).

El tiempo operatorio varió entre una hora con quince minutos y cuatro horas, con un tiempo pro-medio de 121,5 minutos, que en muchos casos in-clude los procedimientos agregados mencionados.

El volumen sanguíneo perdido en la operación varió entre 50 mL y 400 mL, con un promedio de 267,3 mL. La variación del hematócrito preopera-torio y postoperatorio fue entre 0% y 8%.

El tamaño uterino varió entre 6 centímetros y 18 centímetros.

No se registró complicaciones intraoperatorias.

La estancia hospitalaria varió entre uno y seis días, fue tres días en el 65,2% del total de casos. Figura 3.

Entre las complicaciones postoperatorias, se evi-denció infección urinaria en 3 (13%) pacientes e infección de cúpula vaginal, en 2 (8,7%). No hubo casos con absceso de cúpula ni sangrado postoperatorio. Y 18 (78,2%) no tuvieron complicacio-nes postoperatorias.

Las piezas operatorias fueron enviadas a Anatomía Patológica. Entre los hallazgos principales tenemos cervicitis crónica, endometrio proliferativo, endo-metrio atrófico y cáncer de cérvix (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de anatomía patológica.

• Cervicitis aguda	1
• Cervicitis crónica	8
• Endometrio proliferativo	3
• Endometrio atrófico	3
• Leiomioma	6
• Cáncer de cérvix	2
• Adenomiosis	1



DISCUSIÓN

Diversos estudios dan a conocer los beneficios de la histerectomía por vía vaginal en comparación con la histerectomía abdominal, entre los que podemos mencionar el menor tiempo operatorio, menor volumen de sangrado (demostrado con la escasa variación del hematócrito postoperatorio con respecto al preoperatorio), menor número de días de estancia hospitalaria, menor gasto para el paciente y el reducido número de complicaciones postoperatorias.

En nuestro estudio, el procedimiento de histerectomía vaginal mediante la técnica modificada de Pelosi fue realizado en mayor porcentaje por los médicos residentes (87% de las intervenciones), sin presentar en caso alguno complicaciones intraoperatorias, pese a que 39% de las personas sometidas a esta cirugía tenía un riesgo quirúrgico mayor a I, hecho que apoya la facilidad de aprendizaje en la etapa de residencia y su seguridad como procedimiento.

Sin embargo, debemos anotar que tanto la aplicación de la técnica convencional para histerectomía vaginal como la técnica modificada de Pelosi requieren de experiencia. Algunos cirujanos no se sienten muy a gusto en la práctica de la histerectomía vaginal, hecho que se vería reflejado en la mayor prevalencia de los procedimientos de histerectomía abdominal sobre las vaginales en Estados Unidos¹³⁻¹⁵, al igual que en el Perú (estadística del Departamento de Gineco-Obstetricia del HNCH).

Actualmente, la técnica aplicada para histerectomía vaginal es la convencional, descrita por Heaney. En el presente estudio se observó que la aplicación de una nueva técnica operatoria (técnica modificada de Pelosi) –que no incluye la infiltración circunferencial de la mucosa vaginal, del complejo del ligamento uterosacrocardinal y la pared posterior cervical con vasopresina diluida¹¹–, trae algunos beneficios, similares a los reportados en otros estudios, por lo que podría indicarnos igualmente una ventaja en comparación con las histerectomías abdominales. Se encontró un menor tiempo operatorio, a pesar de procedimientos agregados, como las colporrafias anteriores y posteriores, morcelación y plicadura de Kelly. Generalmente, este tipo de intervenciones va

acompañado de procedimientos quirúrgicos agregados, por lo que el cálculo del tiempo operatorio exacto de la histerectomía vaginal por la técnica modificada de Pelosi es difícil. Está descrito que la opción por histerectomía vaginal debe cumplir con un útero de tamaño no mayor a las 12 semanas de gestación, es decir, un útero no mayor de 12 centímetros. En nuestro estudio se llegó a operar un útero miomatoso de 18 centímetros, aplicando la morcelación para su extracción.

El volumen de sangrado varió entre 50 y 400 mL, que se vio reflejado indirectamente en la variación del hematócrito postoperatorio. El dato de volumen de sangrado fue una apreciación del cirujano, por lo que nuestra conclusión de un menor sangrado se sustenta en la variación del hematócrito.

Las complicaciones postoperatorias descritas en la literatura para histerectomías vaginales son: la infección de cúpula, retención urinaria, infección urinaria, hemorragia, bloqueo uretral, presión vesical, presión de la uretra y fístula vaginorrectal. Las dos complicaciones postoperatorias más frecuentes en nuestro estudio fueron la infección de cúpula y la infección urinaria, cuyos casos tuvieron uno a tres días más de estancia hospitalaria.

En conclusión, los hallazgos obtenidos en el presente estudio, demuestran la utilidad de la aplicación de la histerectomía vaginal mediante una nueva técnica operatoria (modificada de Pelosi). Su comprensión y práctica adecuadas pueden traer consigo los beneficios descritos en la literatura.

La técnica modificada de Pelosi puede ser aplicada en pacientes sin distopia y con úteros de un tamaño mayor a las 12 semanas de gestación, por lo que su aprendizaje traería mucho beneficios.

Cabe señalar que las conclusiones hechas en el presente estudio están basadas en un número limitado de pacientes, tomadas como muestra, por lo que se sugiere la ampliación del presente estudio, para lograr datos más concluyentes.

Asimismo, se sugiere agregar, en la ampliación del estudio, datos sobre los pesos de los úteros extraídos, así como opiniones por parte de los pacientes sobre sus preferencias y sintomatología, como el dolor (algo no evaluado en el presente estudio), dirigidas a mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graves EJ. National hospital discharge survey: annual summary 1990. National Center for Health Statistics, Vital Health Stat Series 13 No 112, 1992.
2. Pokras R, Hufnagel VG. Hysterectomies in the United States, 1965-84. *Am J Public Health*. 1998; 345: 36-41.
3. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obst Gynecol* 1982; 144: 841-8.
4. Unger JB. Vaginal hysterectomy for the women with a moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 g. *Am J Obstet Gynaecol* 1999; 54: 634-5.
5. Kammerer-Doak D, Mao J. Vaginal hysterectomy with and without morcellation: the University of New Mexico Hospital's experience. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 560-3.
6. Mazdisnian F, Kurznel RB, Coe S, Bosuk M, Montz F. Vaginal hysterectomy by uterine morcellation: an efficient, non-morbid procedure. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 60-4.
7. Hart RJ, Chatzipapas IK, Magos A. The cost of a hysterectomy in a UK hospital. *J Obstet Gynaecol* 1999; 19 (5): 522-5.
8. Heaney NS. A report of 565 vaginal hysterectomies performed for benign pelvic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1934; 28: 751-5.
9. Falk HC, Soichet C. The technique of vaginal hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1972; 15: 703.
10. Porges RF. Vaginal hysterectomy at Bellevue Hospital: An experience in teaching residents, 1963-1967. *Obstet Gynecol* 1970; 35: 300-13.
11. Pelosi III MA, Pelosi MA. Simplified vaginal hysterectomy. A pioneer approach. *Clinical Report Feature*.
12. Figueredo O, Figueredo EG, Figueredo PG, Pelosi III MA, Pelosi MA. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus: Experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol Survey*. Volume 55 Number 1.
13. Garry R, Herez P. Initial experience with laparoscopic-assisted Doderlein hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 307-10.
14. Health Care Technology Institute. The importance of indirect benefits when evaluating new medical technologies: A case study. The Institute 1995. Publication N° PB: 95-11.
15. Ollson JH, Ellstrom M, Hahlin M. A randomized prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 243-50.