

HISTERECTOMIA ABDOMINAL INVERTIDA (H.A.I.)

Dr. Abel Melendez E.¹; Dr. Leonardo Marquez¹; Dr. Carlos Jiménez²;
Dr. Fernando Hernández²; Dr. Juan Romero²; Dr. Andrés Calle³.

Resumen

Se presenta un estudio prospectivo en 46 pacientes para el análisis de factores que influyen en el tiempo quirúrgico y complicaciones, estancia hospitalaria, para una técnica determinada de extirpación del útero.

Se evalúan dichos parámetros y se relacionan también con datos generales, edad, antecedentes de cirugía, etc.

Se determina en la población estudiada, que existe un bajo índice de complicaciones 23.9 o/o, las infecciones urinarias fueron en un 13 o/o, que se utilizó menos instrumental y material de sutura; que la mayor longitud uterina representaba mayor dificultad técnica ($p < 0.05$) y alargaba el tiempo quirúrgico; la ejecución correcta y sin complicaciones no se relacionó con el tipo de cirujano.

Introducción

La Histerectomía abdominal invertida (HAI), descrita por Ion Chiricuta oncólogo rumano, constituye en cualquier Servicio Ginecológico, una alternativa válida. Fue recomendada para los casos de Ca in situ de cuello por ser una técnica extrafacial (1,2).

Es un procedimiento más simple frente a la histerectomía clásica (3 - 5), y ofrece varias ventajas: disminución del tiempo quirúrgico, menor traumatismo hístico, ahorro de material de sutura, seguridad en la

dissección y sección del cervix, evita la lesión del ureter y vejiga (6 - 8).

El autor original publicó una serie en 250 pacientes con bajo morbilidad trans y post operatoria (1, 9, 10) y 0 o/o de mortalidad (11 - 13). En este reporte se indica un tiempo promedio de 4 a 7 minutos para extraer el útero (14 - 16).

Así, siendo la cirugía una ciencia que va enriqueciéndose con nuevos aportes, presentamos los resultados obtenidos con una serie de pacientes que han sido manejadas con este criterio, extendiéndose no sólo a aquellas que tienen Ca cérvico uterino sino también otras patologías ginecológicas.

1. Médico Tratante. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora - Quito. Curso de Postgrado en Ginecología y Obstetricia.
2. Médico Residente.
3. Coordinador de Postgrado G.O.

Material y métodos

Se practicaron en el período de Enero 1989 - Junio 1990 243 histerectomías, 46 de las cuales se sometieron a H.A.I. en el Departamento de Ginecología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora; se analizaron, mediante estudio prospectivo, los expedientes clínicos bajo un protocolo elaborado previamente para recolección de las variables a evaluarse: Edad, Antecedentes de Cirugía, tiempo quirúrgico, tamaño del cervix uterino, hemorragia transoperatoria, morbilidad febril e infección de vías urinarias.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron:

1. Diagnóstico Clínico de patología ginecológica.
2. Ausencia de tumor cervical mayor de 1 cm.
3. Valoración clínica y exámenes de acuerdo a normas del Departamento Ginecológico (ver cuadro No. 1).
4. Cirugías planificadas, excluyendo todas las emergencias.
5. Practicadas por médicos tratantes y residentes R3 bajo supervisión.
6. Limpieza prolija del canal vaginal previa a la cirugía, excluyendo con sospecha de infección.
7. Técnica de acuerdo a parámetros preestablecidos. (1, 9, 10)
 - 7.1. Casos con técnica clásica se excluyeron.
 - 7.2. Laparotomía media infraumbilical y/o PFANNESTIEL.
 - 7.3. Exploración pélvica minuciosa.
 - 7.4. Tracción uterina.
 - 7.5. Apertura del peritoneo anterior y posterior (opcional), rechazando 2 a 3 cm. en la vejiga y el recto (opcional).
 - 7.6. Se perfora ambos ligamentos anchos hacia la base y se agrandan en

forma digital.

- 7.7. Apertura de la pared vaginal anterior de un paracolpio a otro.
- 7.8. Se expone el cervix, limpieza con alcohol yodado.
- 7.9. Se pinza y secciona la arteria uterina, parametrio y pared lateral de vagina.
- 7.10. Se completa la sección de la vagina, quedando el utero aún fijo por los ligamentos redondos e infundibulo pélvicos decidiendo o no la anexectomía.
- 7.11. Exerisis del útero.
- 7.12. Ligadura por transfixión de los 4 pedículos anotados.
- 7.13. Se completa la peritonización y cierre abdominal.

Se analizan los datos de edad, cirugía previa, tiempo de duración de la cirugía, tipo de incisión, hemorragia transoperatoria, estancia hospitalaria, diagnóstico y complicaciones en una computadora IBM compatible incluido un programa EPI-INFO.

Resultados

La edad promedio de las pacientes fue de 45 - 65 ± 8.35 años. La paridad de 5.15 ± 3.14.

| |
|----------------------------------|
| HA I ION CHIRICUTA |
| POBLACION |
| Período: Enero 1989 - Junio 1990 |
| n: 46 casos |
| Edad: 45.64 ± 8.35 años |
| Paridad: 5.15 ± 3.14 |

El 41.3 o/o (19) tenían cirugías previas abdominales. El 10.9 o/o (5) de ellas cesárea anterior.

La duración de la cirugía fue de 67.8 ± 18 minutos.

HAI | ION CHIRICUTA

CONSIDERACIONES

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Cirugía previa: | 19 (41.3 o/o) |
| Antecedentes de cesárea: | 5 (10.9 o/o) |
| Duración de la cirugía: | 67.8 ± 18 minutos |
| Longitud uterina: | 9.8 ± 2.2 cm. |
| Sangrado transoperatorio: | 320.0 ± 95 ml. |
| Hospitalización postoperatorio: | 87 ± 30 horas |
| Anestesia general: | 43 (93.4 o/o) |
| Incisión de Pfannenstiel: | 40 (87.0 o/o). |

La longitud uterina medida en la pieza anatómico - patológica $9,8 \pm 2$ centímetros.

La hemorragia transoperatoria calculada por hematocrito previo y posterior a la cirugía fue de 320 ± 95 ml.

Anestesia general recibieron el 93.5 o/o (43) de las pacientes.

En 90 o/o fue realizada laparotomía de Pfannenstiel.

Estancia hospitalaria fue de 87 ± 30 horas.

La patología más intervenida fue la miomatosis uterina 87.4 o/o.

El índice global de complicaciones fue de 23.9 o/o siendo más alta la infección de vías urinarias 13 o/o.

Se relacionaron datos: entre la edad de la paciente y tiempo de hospitalización $\chi^2 = 2,23$; $p = n.s.$

Longitud uterina y tiempo de cirugía ($r = 0,30$; $p = 0,05$).

Duración de la hospitalización y tipo de complicaciones ($\chi^2 = 3,0$; $p = n.s.$).

Se comparó tiempo de cirugía, longitud uterina y cirujanos 1, 2 y 3. Siendo 1 el de más experiencia en la técnica, 2 con experiencia pero no en la técnica, y 3 en fase de entrenamiento, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

La edad corresponde al grupo

que más acude por problemas ginecológicos al hospital, esto determina que no sea significativa la relación entre la edad y el tiempo de hospitalización, pues todas estas mujeres recibieron tratamiento previo y cumplieron los requisitos previos al ingreso y no sufrían de patologías asociadas que impidan la cirugía.

Se estima en concordancia con el autor que describe la técnica original que no es limitación para su uso la presencia de cirugías previas abdominales incluidas las cesáreas anteriores (9), que dificultan la disección del peritoneo anterior ya que no existe relación con las complicaciones (1, 7, 9).

La duración de la cirugía fue algo más larga en comparación con otros trabajos, ya que no solamente se trataron los casos con patología cervical, incluyéndose también otras patologías, incluidos procedimientos más largos o cirugías adicionales.

En relación a la duración de la cirugía comparada con la longitud del cervix, se encontró que es estadísticamente significativa $p < 0,05$. Lo cual concuerda con criterio de otras series en que un útero más grande o un cervix elongado puedan dar mayor dificultad técnica (9, 13).

La pérdida sanguínea estuvo en límites aceptables de acuerdo a otras series comparadas (2-5, 9, 10).

La estancia hospitalaria fue más larga que la de la serie original y otras (9-11)

no tanto por las complicaciones sino por las características de nuestras mujeres (son de sitios alejados y de bajas condiciones económicas).

La patología más frecuente fue la miomatosis uterina (ver tabla 3) en dos casos hubo diagnóstico de adenocarcinoma, lo cual coincide con otras estadísticas que refieren el 5 o/o (3, 9, 13).

El índice de complicaciones fue bajo 23.9 o/o (otros autores hasta el 30 o/o), La infección de vías urinarias representó la condición más alta 13 o/o (ver tabla 4) (11, 13, 16).

| HA I TECNICA DE ION CHIRICUTA | | |
|-------------------------------|----|------|
| DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO | | |
| | n | o/o |
| 1. Leiomioma | 31 | 67.4 |
| 2. Adenomiosis | 5 | 10.9 |
| 3. Cistoadenoma | 1 | 2.2 |
| 4. Ca Microinvasor | 2 | 4.3 |
| 5. Ca Epidermoide | 1 | 2.2 |
| 6. Ca in situ | 4 | 8.7 |
| 7. Adeno Ca bien diferenciado | 2 | 4.3 |

| HA I TECNICA DE ION CHIRICUTA | | |
|--------------------------------|----|------|
| COMPLICACIONES | | |
| | n | o/o |
| 1. Sin complicaciones | 35 | 76.1 |
| 2. Infección del Muñon | 3 | 6.5 |
| 3. Infección de vías urinarias | 6 | 13.0 |
| 4. Otras | 2 | 4.3 |

1. Técnica de fácil realización. Tiempo quirúrgico menor a la histerectomía clásica.
2. Índice bajo de complicaciones trans y post operatorias.
3. Utilización de menos instrumental y material de sutura.
4. La mayor longitud del útero y el cervix

implican mayor dificultad técnica y prolongan el tiempo quirúrgico.

5. No es estadísticamente significativo el índice entre duración de hospitalización y tipo de complicaciones.
6. La ejecución del procedimiento en tiempo y complicaciones no presenta diferencias estadísticamente significativas con el tipo de cirujano, por lo que es recomendado para aquellos que están en proceso de entrenamiento.
7. A pesar de ser una técnica extrafascial, no aumentaron las complicaciones urinarias de injuria a vejiga o ureter.

Conclusiones:

1. La edad de la paciente no está relacionada con el tiempo de hospitalización ($x^2 = 2.23$; $p = ns$).
2. La duración de la cirugía está relacionada con la longitud uterina ($r = 0.30$, $p = 0.05$).
3. El diagnóstico histopatológico no tiene relación con la edad de la paciente ($x^2 = 3.02$; $p = ns$).
4. La duración de la hospitalización no tiene relación con el tipo de complicación ($x^2 = 3.0$; $p = ns$).
5. Considerando la duración de la cirugía y la longitud uterina, el cirujano 1 no se diferencia significativamente de los otros cirujanos.

Referencia bibliográfica

1. Richardson, A.C. Lyon J. y Graham, E.: Abdominal Hysterectomy: Relationship between morbidity and Surgical Technique. *Am J Obstet Gynecol*, 155: 953-961, 1973.
2. Gusberg, S: Conceptos actuales en Oncología Ginecológica. *Clin Obstet Ginecol*, 18 (3): 175-176, 1975.
3. Santiana, J.: Cáncer de cervix uterino. *Memoira del Séptimo Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia*. Quito, 1983.
4. Barber, H.: *Manual of Gynecologic Oncology*

- Philadelphia Toronto, Lippincott, 1980.
5. González Merlo, J.: *Atlas de Operaciones Ginecológicas*, Tomo I, Barcelona, Salvat Ed. 1984.
 6. Beland, G.: Early Treatment of Ureteral injuries found after Gynecological Surgery *J Urol*, 118: 25-27, 1977.
 6. Beland, G.: Early Treatment of Ureteral injuries found after. *Gynecological Surgery J Urol*, 118: 25-27, 1977.
 7. Moir J.C.: Vesico-Vaginal Fistulae as seen in Britain. *J Obstet Gynecol Br Commow*, 80: 598-602, 1973.
 8. Symmonds, R.E.: Ureteral Injuries Asociatted with Gynecology Surgery: Prevention and Managment. *Clin Obstet Gynecol*, 19: 623-644, 1976.
 9. Sirbu, P.: *Cirugía Ginecológica*, Bucarest, Editura Medicala Editia II, 1 702-714, 1981.
 10. Aldridge, A.: Histerectomia Abdominal Total Técnica intrafascial. *Operaciones Ginecológicas* (Tovell, H.- Dank, L.) Barcelona, Salvat Ed., 1984.
 11. Mattingly, R. and Friedrich, E. Jr.: Histerectomía difícil, *Clin Obstet Gynecol*, 15 (3) 787-801, 1972.
 12. Levinson, C.: Complicaciones de la histerectomía. *Clin Obstet Gynecol*, 15 (3) 802-826, 1972.
 13. Thompson, J.: Indicaciones para la Histerectomía. *Clin Obstet Gynecol*, 24 (4) 1255 - 1268, 1981.
 14. Devita, V. Jr.: *Cáncer Principios y Práctica Oncológica*. Barcelona, Salvat Ed. 1984.
 15. Fetherston, N.: La Citología falsa negativa y el cáncer invasor del cervix. *Clin Obstet Gynecol*, 26 (4) 1129-1142, 1983.
 16. White, S.C.: Comparison of abdominal and vaginal hysterectomys a review of 600 operations. *Obstet Gynecol*, 37: 550-557, 1971.
 17. Harris, B.A.: Vaginal Hysterectomy in a Community Hospital. N.Y. State *J Med*, 76: 1304-1307, 1976.
 18. Sopenhaver, E.H.: Hysterectomy: Vaginal vs Abdominal. *Surg Clin North Am*, 45: 751-763, 1985.
 19. Pratt, J.H. y Gunlaugason, G.H.: Common Complications of Vaginal Hysterectomy: Thoughts Regardin Their Prevention and Management. *Clin Obstet Gynecol*, 19: 645-659, 1976.
 20. Ihse, I.: Surgical Injuries of the Ureter. *Scand J Urol Nephrol*, 9: 39-44, 1975.
 21. Tovwill, H.: Histerectomía Abdominal total con técnica extrafascial. *Operaciones Ginecológicas*. Barcelona, Salvat Ed. 1984.