

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA BENIGNA GINECOLÓGICA: UNA REVISIÓN

OUTPATIENT LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY FOR BENIGN GYNECOLOGIC DISEASE MANAGEMENT: AN OVERVIEW

TÍTULO CORTO: HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA
BENIGNA GINECOLÓGICA

Javier Castro Solís¹

Recibido en septiembre 17 de 2013

Aprobado en octubre 16 de 2013

Resumen

Objetivo. Revisar la literatura disponible sobre la histerectomía total laparoscópica ambulatoria en el manejo de patología benigna uterina. Materiales y métodos: se realizó una búsqueda en varias bases de datos incluyendo Ovid, Medline; Md Consult, Pub Med y Scielo con las palabras clave histerectomía, total, laparoscópica, ambulatoria, benigna. La búsqueda se limitó a los últimos 24 años. Resultados: inicialmente se encontraron 62 referencias, de las cuales se seleccionaron los 41 artículos más relevantes para los objetivos de la revisión. Conclusiones: la histerectomía total laparoscópica es una técnica segura en el tratamiento de patología benigna ginecológica, el manejo ambulatorio posquirúrgico de pacientes seleccionadas sometidas a esta cirugía, no incrementa el riesgo de complicaciones y puede disminuir los costos hospitalarios. (DUAZARY 2013 No. 2, 136 - 140)

Palabras clave: histerectomía, total, laparoscópica, atención ambulatoria.

ABSTRACT

Objective. Reviewing the available literatura about outpatient total laparoscopic hysterectomy for benign gynecologic disease management. Materials and methods. A search was conducted in several databases including Ovid, Medline, Md Consult, Pubmed and Scielo, with the keywords outpatient, total, laparoscopic, hysterectomy, benign. The search was limited to the last 24 years. Results. Initially found 62 references of which 42 articles were selected most relevant to the objectives of the review. Conclusions. Outpatient total laparoscopic hysterectomy is a safe procedure in the treatment of benign gynecological disease, postoperative outpatient management of selected patients undergoing this surgery does not increase the risk of complications and may decrease hospital costs.

Keywords: hysterectomy, total, laparoscopic, ambulatory care.



Introducción

La histerectomía es una de las cirugías más realizadas en el mundo. En 2005 se realizaron 518,288 sólo en Estados Unidos¹. Las principales indicaciones son hemorragia uterina anormal, miomatosis y dolor pélvico^{2,3}. En 1989 Harry Reich publicó el primer reporte de una histerectomía laparoscópica (HL)⁴; la HL se clasifica de acuerdo con la cantidad de procedimiento realizado por vía laparoscópica o vaginal, siendo la histerectomía total laparoscópica (HTL) o HL tipo IV la que se realiza enteramente por vía laparoscópica (ver tabla 1)⁵. Múltiples estudios y metaanálisis sugieren que la histerectomía vaginal (HV) y la HL son superiores a la tradicional histerectomía abdominal (HA) en términos de menor morbilidad, y recuperación más rápida⁶⁻¹⁴. En 2009 el American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) recomendó la VH y la HL como vías de elección para histerectomía por patología benigna ginecológica, relegando el abordaje por laparotomía a la última opción a considerar¹⁵. Recientes estudios han sugerido que la HTL es superior, incluso, a la HV por presentar similar incidencia de complicaciones pero más rápida recuperación, menor estancia hospitalaria, menos dolor posoperatorio y además permitir manejar simultáneamente patologías concomitantes, como masas anexiales, endometriosis o adherencias¹⁶⁻¹⁹. Uno de los factores que se reportó inicialmente en contra de la HTL fue la elevación de los costos por paciente intervenida²⁰, por lo cual, algunos autores han propuesto el manejo posquirúrgico ambulatorio como una alternativa para disminuir la diferencia de costos entre HTL y las vías abdominal y vaginal sin comprometer la seguridad de las pacientes^{21, 22}. Realizamos la presente revisión bibliográfica para evaluar la evidencia actual acerca de la HTL ambulatoria en el tratamiento de patología benigna uterina: beneficios, seguridad y posibles riesgos.

Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda en bases de datos (Ovid, Medline; Cochrane; PubMed y Scielo) con las palabras DeSC: histerectomía, total, laparoscópica, ambulatoria, benigna y los términos MeSH total, hysterectomy, laparoscopic, outpatient, benign. Enfocando la búsqueda a los últimos 24 años. Se revisaron los resúmenes de los artículos encontrados para escoger los más relevantes que serían posteriormente obtenidos en texto completo.

Resultados

Se encontraron 62 referencias en la búsqueda inicial, de los cuales, luego de leídos los resúmenes, se escogieron y revisaron en texto completo los 41 de mayor importancia para la presente revisión.

Discusión

A pesar que la evidencia disponible recomienda que la HA debería ser la tercera opción de abordaje para manejo de patología benigna ginecológica, el porcentaje de histerectomías actualmente realizadas por técnicas mínimamente invasivas, no supera el 50% del total en países occidentales^{1, 23,24}. Uno de los factores que ha limitado la masificación de la HTL fue que reportes iniciales sugerían una mayor incidencia de complicaciones y costos más elevados cuando se comparaba contra HA y HV²⁵. Pero evidencia reciente sugiere que, en manos experimentadas, la HTL es tan o más segura que las técnicas tradicionales y, además el manejo ambulatorio la hace incluso menos costosa que las HV y HA al disminuir la estancia hospitalaria y permitir una recuperación más rápida²⁶⁻³³. Thiel en 2003 reportó la primera serie de pacientes manejadas ambulatoriamente después de HTL con 66 casos y una incidencia de complicaciones menores de 11%, y reingresos en primeras 72 horas de 7.5%³⁴. Posteriormente, Lapasse en 2007 en una serie de 35 pacientes, reportó 6.7% de reingresos en los primeros 10 días y 97% de pacientes satisfechas por el manejo ambulatorio³⁵. Perron-Burdick en 2011 en una serie de 240 pacientes reportó 4% de reingresos en las primeras 72 horas³⁶. Calle en 2011, documentó la, hasta ahora serie más grande, con 297 pacientes, en este estudio realizado en Medellín-Colombia se encontró una tasa de complicaciones de 11.8%, todas complicaciones menores, una tasa de readmisiones de 3,3%, estancia hospitalaria promedio menor a 6 horas y una satisfacción de 99%³⁷. En 2012 Alperin publicó los resultados en 113 pacientes con úteros de más de 500 gramos, con una tasa de complicaciones mayores de 0.7% y readmisiones de 1.1%³⁸. Lassen en 2012 en una serie de 26 pacientes reportó una tasa de readmisiones de 11%, todas las pacientes se manifestaron satisfechas y recomendarían el manejo ambulatorio³⁹. En general la tasa de complicaciones mayores y menores en los estudios revisados que no fue superior a la reportada en otros artículos para HV e HAT^{40, 41}. Los autores coinciden en

que las pacientes candidatas para el manejo ambulatorio deben ser adecuadamente seleccionadas cumpliendo con los siguientes requisitos mínimos: 1. Entender y aceptar este tipo de conducta posquirúrgica y estar en capacidad de seguir las recomendaciones médicas, 2. Contar con un entorno familiar adecuado para el cuidado en casa, 3. Tener fácil acceso a servicios de urgencias, 4. No haber presentado complicaciones intraoperatorias, 5. Evolución favorable en las primeras 6 horas posoperatorias con adecuado control del dolor y 7. No tener contraindicación para el consumo de analgésicos en casa³³⁻³⁹. Aunque mucha de la información proviene de estudios descriptivos, la HTL ambulatoria parece ser una opción segura, de buena aceptación por las pacientes, que puede disminuir estancia hospitalaria y por tanto, costos en los servicios de salud permitiendo llevar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva a más pacientes que requieran histerectomía por patología benigna³⁰.

Conclusión

De acuerdo con la evidencia disponible, en manos de personal médico adecuadamente entrenado y en pacientes seleccionadas, la histerectomía total laparoscópica ambulatoria es un procedimiento seguro para el manejo de patología benigna ginecológica, no incrementa el riesgo de complicaciones, es bien recibida por las pacientes y disminuye la estancia y los costos hospitalarios.

Referencias Bibliográficas

- Jacobi V, Autry A, Jacobson G, Domush R, Nakagawa S, Jacoby A. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol* 2009; 114 (5): 1041-8.
- Müller A, Thiel F, Falk C, Renner S, Winkler M, Häberle L, Beckmann M. Hysterectomy – A comparison of approaches. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (20): 353-9.
- Elkington N, Chou D. A review of total laparoscopic hysterectomy: role, techniques and complications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18: 380-4.
- Reich H. total laparoscopic hysterectomy: indications techniques and outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19: 337- 344.
- Sokol A, Green I. Laparoscopic Hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52 (3): 304-12.

Tabla 1. Comparación de las diferentes clasificaciones y definiciones de histerectomía laparoscópica.

Componente laparoscópico de la histerectomía	Clasificación AAGL	Clasificación de Reich
Liberación de adherencias, ningún pedículo seccionado.	Tipo 0	Laparoscopia operatoria o diagnóstica con histerectomía vaginal
Sección de Ligamentos infundibulopélvicos o uteroováricos y redondos.	Tipo I	Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL)
Lo anterior más sección de vasos uterinos	Tipo II	Histerectomía laparoscópica (HL)
Lo anterior más sección parcial del complejo cardinales-uterosacros	Tipo III	
Todo el procedimiento incluido el cierre de cúpula vaginal. Extracción de útero por vía vaginal o fragmentación.	Tipo IV	Histerectomía total laparoscópica (HTL)

- Schindlbeck C, Klauser K, Darius D, Janni W, Friese K. Comparison of total laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277: 331- 7.
- Mäkinen J, Johansson J, Tomás C, Tomás E, Heinonen P, Laatikainen T, et al. Morbidity of 10.110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 200; 16 (7): 1473-8.
- Nieboer T, Jhonson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgycal approach to hysterectomy for benign uterine gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue3 Art No.:CD003677. DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub4.
- Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Curr L, Tavender E, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 1-8.



10. Nieboer T, Hendicks J, Bongers M, Vierhout M, Kluivers K. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 85-9.
11. Cohen S, Einarsson J. Total and supracervical hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2011; 38: 651-661.
12. Brill A. Hysterectomy in the 21st century: different approaches, different challenges. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49 (4): 722-735.
13. Donnez O, Jadoul P, Squitlet J, Donnez J. A. Series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation o complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG* 2009; 116: 492 - 500.
14. Doganay M, Yildis y, Tonguc E, Var T, Karayalcin R, Eryilmaz O, et al. Abdominal, vaginal and total laparoscopic hysterectomy: perioperative morbidity. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284: 385-9.
15. American College of Obstetricians and Gynecologist. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG committee opinion No 444. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 1156-8.
16. Gendy R, Walsh A, Walsh S, Karantanis E. Vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 308. e1-8.
17. Brummer T, Jalkanen J, Fraser J, Heikkinen A, Kauko M, Mäkinen J, et al. FIHYST, a prospective study of 5729 hysterectomies: complications and their risk factors. *Hum Reprod* 2011; 26 (7): 1741 - 1751.
18. Ghezzi F, Uccella S, Cromi A, Siesto G, Serati M, Bogani G, et al. Postoperative pain after laparoscopic and vaginal hysterectomy for benign gynecologic disease: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 118.e1-8.
19. Candiani M, Izzo S, Bulfoni A, Riparini J, Ronzoni S, Marconi A. laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 368.e1- 368.e7.
20. Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R, et al. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomized trial. *BMJ* 2004; 328: 1756 - 1833.
21. Schiavone M, Herzog T, Ananth T, Wilde E, Lewin S, Burke W, et al. Feasibility and economic impact of same-day discharge for women who undergo laparoscopic hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207: 382.e1-9.
22. Bijen C, Vermuelen K, Mourits M, de Bock G. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *Plos ONE* 4(10): e7340 doi: 10.1371/journal.pone.0007340
23. AAGL Advancig Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL position statement: route of hysterectomy to treat benign uterine disease 2011; 18: 1-3.
24. Walsh C, Walsh S, Tjun Y, Slack M. Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 144: 3-7.
25. Garry R, Fountain J, Masson S, Napp V, Brown J, Hawe J, et al. The eVALuate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004; 328: 129-33.
26. Candiani M, Izzo S. laparoscopic versus vaginal hysterectomy for benign pathology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22: 304-8.
27. Heaton R, Walid M. An intention-to-treat study of total laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 111: 57-61.
28. Wright KN, Jonsdottir GM, Jorgensen S, Shan N, Einarsson JI. Costs and outcomes of abdominal, vaginal, laparoscopic and robotic hysterectomies. *JSLs* 2012; 16: 519-24.
29. Warren L, Ladapo J, Borah B, Gunnarsson C. Open abdominal versus laparoscopic and vaginal hysterectomy: analysis of a large United States payer measuring quality and cost of care. *J Minim Invasive Gynecol* 2009; 15: 581-8.
30. Thiel J, Kamencic H. Assessment of costs associated with outpatient total laparoscopic hysterectomy. *JOGC* 2006; 28: 794-8.
31. Hur H, Donnellan N, Mansuria S, Barber R, Guido R, Lee T. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 794-801.
32. Roy K, Goyal M, Singla S, Sharma J, Malhotra N, Kumar S. A. Prospective randomized study of total laparoscopic hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and non-descent vaginal hysterectomy for the treatment of benign diseases of the uterus. *Arch Gynecol Osbtet* 2011; 284: 907-12.
33. Argüello R, Hoyos E, Argüello R, Perdomo P. Histerectomía total por laparoscopia en 202 pacientes. *Rev Colom Obstet Ginecol* 2003; 54 (5): 258- 264.
34. Thiel J, Gamelin A. Outpatient total laparoscopic hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 481-3.
35. Lapasse C, Rabischong B, Bolandard F, Canis M, Botchorischvili R, Jardon K, et al. Total laparoscopic hysterectomy and early discharge: satisfaction and feasibly study. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15: 20-5.
36. Perron-Burdick M, Yamamoto M, Zaritzky E. Same-day discharge after laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1136-41.



37. Calle G, De Los Rios J, Castañeda J, Serna E, Vasquez R, Arango A, et al. Histerectomía laparoscópica total: manejo ambulatorio. Experiencia Clínicadel Prado, Medellín, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76 (6): 395-9.
38. Alperin M, Kivnick S, Kwun Y, Poon T. Outpatient laparoscopic hysterectomy for large uteri. *J Minim Invasive Gynecol* 2012; 19: 689-694.
39. Lassen P, Moeller H, de Nully P. Same-day discharge after laparoscopic hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 1339-1341.
40. Clarke-Pearson D, Geller E. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 654-73.
41. Ribeiro S, Ribeiro M, Santos N, Pinotti J. A randomized study of total, abdominal vaginal and laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 83: 37-43.

Para citar este artículo:

Castro J. Histerectomía laparoscópica ambulatoria en el manejo de patología benigna ginecológica: una revisión. 2013 Dic; 10(2): 136-140