

HISTERECTOMIA VAGINAL EN PACIENTES CON CIRUGIA PELVICA PREVIA : UN RECURSO INTRAOPERATORIO

*Autores : Dr. Alejandro Siu A. , Dr. Victor Diaz H.

RESUMEN

La cirugía previa en la zona pélvica es una contraindicación relativa, para la histerectomía vaginal, los autores describen un procedimiento como recurso intraoperatorio que contribuye a disipar las dudas para la ejecución del acto quirúrgico, ofreciendo seguridad al cirujano, resguardando la integridad física de la paciente. Se realizó este procedimiento en cincuenta pacientes, ejecutándose la histerectomía vaginal en todas ellas.

INTRODUCCION

La cirugía pelviana previa, es una contraindicación relativa para efectuar una histerectomía vaginal (1), (3) y (4); da cierto temor y ofrece inseguridad para efectuar el acto quirúrgico, suponiendo la existencia de un síndrome adherencial existen cirujanos que la evitan.

El objetivo de este trabajo es demostrar que la selección adecuada de las pacientes y la ejecución de un procedimiento sencillo intraoperatorio ayuda a decidir la vía vaginal sin exponer la integridad física de la patient, permitiendo ejecutar la histerectmía vaginal en casi todos los casos sin mayores complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo que se realizó en el Pabellón 5-1 del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Arzobispo Loayza".

El número de pacientes estudiadas fue cincuenta, comprendidas entre Julio 1983 a Noviembre 1987.

Las pacientes que ingresaron al protocolo, lo hicieron bajo los siguientes criterios :

- 1.- Diagnósticos, cuya indicación requiera histerectomía vaginal con colpoperineorraffa ántero-posterior.
- 2.- Antecedentes de laparotomía y/O cirugía pélvica previa al ingreso, excepto por causas infecciosas, cáncer genital, endometriosis, miomectomías extensas.
- 3.- Historia Clínicas completa, con análisis pre-operatorios que incluyan: Hematocrito, hemoglobina, numeración y fórmula, V.D.R.L., fotoroentgen de tórax, urocultivo, glicemia, úrea, creatinina, grupo sanguíneo y RH, tiempo y concentración de protrombina, tiempo de coagulación y sangría, riesgos quirúrgico cardiovascular, Papanicolaou de cérvix y biópsia de endometrio.

* Hospital A. Loayza

Para programar a las pacientes se exigió que tengan los resultados de estos exámenes dentro de los límites normales.

4.- Preparación física de la paciente abarca :

A.- Preparación vaginal

a) Colocación de un óvulo vaginal diario durante 10 días antes de la intervención.

Si eran postmenopaúsicas se añadía otro óvulo más de estrógenos (Dienestrol).

b) Lavado vaginal con solución antiséptica el día previo a la operación.

B.- Razuado abdomino-perineal y colocación de enema evacuante la noche anterior a la operación.

5.- La ejecución de la Técnica es realizada como se describe :

1.- Pinzamiento del cuello uterino con dos tirabalas, uno en la parte anterior y otra en la parte posterior; circuncisión del cuello uterino y se realiza la maniobra que se describe a continuación y nos permite evaluar la ejecución o no de la histerectomía.

2.- a) Aperutra del peritoneo posterior, e inserción del dedo índice o medio de la mano izquierda o derecha, la cual debe estar dentro de la vagina totalmente.

b) Con el dedo insertado en el Douglas, se debe explorar las caras anterior, posterior y parametrios del útero.

c) Si se encuentran adherencias laxas o epiploicas, liberarlas con el dedo; si existiera intestino o vejiga adherida firmemente al útero, hay que desistir de ejecutar la histerectomía. Se procede al cierre del peritoneo posterior y el fondo de saco; luego se realiza la operación de Manchester-Fothergill o en su defecto la colpoperineorraffa ántero-posterior simple.

d) Si está libre de adherencias se termina de rechazar la vejiga y abrimos el peritoneo anterior procediendo a la histerectomía con la técnica habitual, como se describe a continuación (5).

3.- Rechazo de la vejiga y apertura del peritoneo anterior, previa identificación del mismo.

4.- Pinzamiento, corte y sutura-crómico N° 1 de ligamentos cardinales y útero-sacos, colocando reparos.

5.- Pinzamiento, corte y sutura-crómico N° 1 de las arterias uterinas.

6.- Pinzamiento, corte y extirpación de la pieza y sutura con reparo-crómico N° 1 de los ligamentos infundíbulo pélvico y redondos. Revisión de hemostasia y órganos que pudieron haber estado adheridos.

7.- Cierre de peritoneo-Crómico N° 1 en bolsa de tabaco.

8.- Apertura de la pared anterior de la vagina, plitatura de la uretra con seda "O" atraumática con aguja MR-30, con puntos en "U" y anclaje en cuello vesical. Cura quirúrgica del cistocele-crómico N° 1, según técnica de Vance y Curtis. Resección de paredes vaginales sobrantes y cierre de la misma con catgut crómico N° 0, puntos separados.

9.- Suspensión de la cúpula vagina, utilizando los reparos dejados al realizar la histerectomía.

10.- Cura quirúrgica de la colpo posterior con crómico N° 0, para reparación del músculo se usa crómico N° 1.

11.- Inserción transuretral de la sonda vesical de Foley N° 18, permaneciendo completamente abierta durante cinco días, al cabo de los cuales se retira. No se deja tapón vaginal.

RESULTADOS

- 1.- El número de pacientes estudiadas fueron cincuenta.
- 2.- La edad promedio fué de 48.8 años. Tabla N° 1.
- 3.- El número promedio de hijos fué de 6.2
- 4.- Antecedentes quirúrgicos : Tabla N° 2

Cesárea previa 1 vez	20
Cesárea previa 2 veces	12
Cesárea previa 3 veces	1
Cesárea corporal 1 vez	1
Salpingooforectomía unilateral	8
Bloqueo tubario bilateral	2
Cesárea previa salpingooforectomía unilateral.	1

- | | |
|--|---|
| Salpingooforectomía y apendicectomía. | 1 |
| Cesárea previa 1 vez y bloqueo tubario bilateral | 2 |
| Sapingectomía por embarazo ectópico. | 2 |
- 5.- Diagnósticos pre-operatorios. Tabla N° 3

Uretrocistorectocele con incontinencia urinaria al esfuerzo	46
Procidencia uterina	4
 - 6.- Tiempo operatorio promedio : 70 minutos.
 - 7.- Complicaciones post-operatorias. Tabla N° 4

Infección de vías urinarias	38
-----------------------------	----
 - 8.- Flora bacteriana obtenido de los urocultivos. Tabla N° 4

E. Coli	11
Enterobacter aerogenes	4
Enterococo	4
Klebsiella	6
Proteus vulgaris	1
 - Urocultivo negativo, son sedimento patológico, sintomatología clínica y mejoraron con el tratamiento : 12
 - 9.- Complicaciones hemorrágicas e infección de cúpula vaginal. Ninguno.
 - 10.- Retención urinaria post retiro de sonda transuretral : 8 casos.
 - 11.- Estancia hospitalaria post-intervención : 7.6 días promedio.
 - 12.- En 23 pacientes se utilizaron antibióticos como profilaxis.

COMENTARIO

Evaluando nuestro trabajo podemos afirmar que indudablemente Coulam (1), y Pratt (4), tenían razón al mencionar que la cirugía pélvica previa, es una contraindicación relativa para efectuar una histerectomía vaginal; más aún, con el procedimiento descrito por los autores, como recurso intraoperatorio y seleccionado bien a las pacientes, se amplía la alternativa quirúrgica para beneficio de éstas, sin mayores riesgos, como demuestran los resultados obtenidos.

La infección urinaria se debe a la presencia de la sonda transuretral y no al acto quirúrgico en sí, en concordancia con otros estudios realizados (2), (5).

No se comenta la antibioticoprofilaxis ya que no es el objetivo del presente estudios.

Las pacientes que hicieron retención urinaria postretiro de sonda, se les reinsertó nuevamente por cinco días

más, posteriormente evolucionaron sin problemas.

CONCLUSIONES

La selección adecuada de las pacientes, y el procedimiento descrito como recurso quirúrgico intraoperatorio, en los casos con indicación para histerectomía vaginal con antecedentes de cirugía pelviana previa contribuyen a que se ejecute la operación con seguridad y amplía el número de pacientes que se benefician con esta intervención.

TABLA N° 1

HISTERECTOMIA VAGINAL EN MUJERES
CON CIRUGIA PELVICA PREVIA:
UN RECURSO INTRAOPERATORIO.
Hospital Arzobispo Loayza.

Datos Generales	
N° de pacientes	50
Edad promedio	48.8 años
N° x de hijos	6.2

TABLA N° 2

HISTERECTOMIA VAGINAL EN MUJERES
CON CIRUGIA PELVICA PREVIA :
UN RECURSO INTRAOPERATORIO
Hospital Arzobispo Loayza.

Antecedentes Quirúrgicos	
- Cesárea S.T.* 1 vez	20
- Cesárea S.T.* 2 veces	12
- Cesárea S.T.* 3 veces	1
- Salpingooforectomía unilateral	8
- Bloqueo tubario bilateral	2
- Cesárea + salpingooforectomía unilateral	1
- Cesárea 1 vez + Bloqueo Tubario	
- Salpingooforectomía unilateral con apendicectomía	1
- Cesárea corporal	1
- Salpingectomía por embarazo ectópico	2
TOTAL :	50

* Segmentaria transversa.

TABLA N° 3

HISTERECTOMIA VAGINAL EN MUJERES
CON CIRUGIA PELVICA PREVIA :
UN RECURSO INTRAOPERATORIO
Hospital Arzobispo Loayza.

Diagnósticos pre-operatorios	
Uretrocistorectocele con I> U> E>	46
Procidencia uterina	4
TOTAL :	50

TABLA N° 4

HISTERECTOMIA VAGINAL EN MUJERES
CON CIRUGIA PELVICA PREVIA :
UN RECURSO INTRAOPERATORIO
Hospital Arzobispo Loayza.

Flora bacteria obtenida de los urocultivos.	
E. Coli	11
Klebsiella	
Enterobacter aerogenes	4
Enterococo	4
Proteus vulgaris	1
Urocultivo negativo con sedimento patológico, sintomatología clínica y mejoraron con el tratamiento.	12
TOTAL :	38

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Coulam, C>B> and Pratt, J.H. : Vaginal hysterectomy is previous operation contraindicated. Am. J. Obst. Gynec. 15:252, 1973
- 2.- Herrera, C.A. : Prolapso genital y la infección urinaria. Tesis Doctoral. Programa Académico de Medicina Humana U.N.M.S.M., Lima - Perú, 1974.
- 3.- Jones, H.W. ; Jones, S.G. : Tratado de Ginecología de Novak. México Interamericana Décima Edición, 1984.
- 4.- Pratt, J.H. : Operative and postoperative difficulties of vaginal hysterectomy. Obstet. Gynecol., 21:220, 1963.
- 5.- Siu, A. : Antibióticos en la Histerectomía Vaginal. Diagnóstico. Vol. 21, N° 2, 1988.