

Tema 49

Histerectomía vaginal

RAFAEL NAVAZO MATO; JOSÉ ANTONIO VIDART ARAGÓN e IGNACIO CRISTÓBAL GARCÍA

**Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos.
Universidad Complutense. Madrid.**

Definición

Consiste en la extirpación del útero por la vía vaginal. Puede ser:

- a) Simple, extirpando solo el útero.
- b) Con anejos, extirpando, también, las trompas y ovarios.

Como su nombre indica la vía de abordaje es a través de la vagina, en donde asoma el cuello uterino.

Consideraciones generales

Si en una paciente se plantea la necesidad de extirpar el útero, el cirujano debe decidir en cada caso la vía más adecuada, la vaginal o la abdominal; ambas posibilidades se complementan. La elección de una u otra vía depende, como en cada decisión de una serie de factores objetivos específicos y otros subjetivos e inespecíficos, como pueden ser el entrenamiento personal, rutina, experiencia y “escuela”.

A favor de la vía vaginal está, fundamentalmente, el hecho de que el útero se alcanza por una vía anatómica más directa y no indirectamente a través de la cavidad abdominal. No existen las desventajas de la incisión abdominal y la cicatriz laparotómica posterior, el desplazamiento de las asas intestinales hacia arriba, con eventuales problemas respiratorios y la posterior recuperación del peristaltismo peritoneal. Las posibilidades de peritonitis son menores, ya que es una cirugía prác-

ticamente extraperitoneal, y que solo se abre la cavidad abdominal al nivel inferior del Douglas. En cambio, son más frecuentes las infecciones extraperitoneales de un hematoma. La duración de la intervención es menor y el shock menos intenso y las superficies cruentas más pequeñas; asimismo los dolores postoperatorios son más suaves, lo cual facilita una más pronta movilización de la paciente con lo que ello entraña.

Además, a la vía vaginal se le puede asociar una plastia vaginal (cistocele/ rectocele) o también la corrección quirúrgica, por vía vaginal, de una incontinencia urinaria, tema del que trata este Atlas.

Por el contrario, la vía vaginal no permite la exploración de la cavidad abdominal y pueden pasar inadvertidas alteraciones inflamatorias o carcinomatosas de los anejos, del intestino o del retroperitoneo o por lo menos no pueden ser tratadas de forma adecuada.

En contraposición a la vía abdominal la vía vaginal está limitada por dos motivos técnicos:

- 1) la movilidad uterina, y
- 2) la amplitud de la luz vaginal y/o por el volumen del útero.

La Histerectomía Vaginal (HV) es técnicamente más exigente que la Abdominal. Se requiere mayor destreza y dos expertos ayudantes.

Indicaciones

Como indicación principal, es aquella en que se considera más fácil el abordaje por vía vaginal, que abdominal, es decir un útero no muy voluminoso, móvil y con una vagina amplia y extensible y un suelo pélvico blando y flexible (multíparas).

Cuando se considera y se sabe que el útero “desciende bien” ante una tracción del mismo o ya está descendido (prolapsos). También se puede comprobar en quirófano, bajo anestesia con una tracción del cuello uterino con pinzas.

Cuando el tamaño del útero no es muy grande; se pueden extirpar úteros por vía vaginal a pesar de presentar deformaciones por grandes miomas, gracias a las técnicas de fraccionamiento de los mismos, división o “morcelamiento”.

Cuando el útero no está fijo en la pelvis o se sospeche que pueda no estarlo, por el antecedente de enfermedades inflamatorias o por cirugías anteriores por vía abdominal (cesáreas, miomectomías, anexectomías, etc.).

La indicación más frecuente es para el tratamiento del prolapso uterino, sobretodo en su grado más alto y con el fin de corregir la alteración del suelo pélvico, tanto en su compartimiento anterior, como posterior. Lo veremos más detallado y con las modificaciones precisas.

Otra indicación son las hemorragias por disfunción u orgánicas (no carcinomatosas), las cuales no responden a un tratamiento conservador

Un tercer grupo comprende los casos de carcinoma in situ o mínimamente invasivo.

En el carcinoma de endometrio cuando el riesgo de laparotomía es grande.

Pero la HV no es suficiente para el tratamiento del carcinoma invasivo de cuello. Por tal motivo es especialmente importante, en todos los casos de sospecha el diagnóstico o la exclusión previa de una eventual invasión mediante el empleo de todos los métodos adecuados (citología, biopsia, conización o RNM).

Las contraindicaciones a la misma son las ya referidas y aquellas en las que el útero se vea afecto de patología tumoral maligna en la cual se pueda correr el riesgo de producir una eventual diseminación.

Complicaciones

La tasa total de complicaciones oscila alrededor del 20-25%, comparativamente más elevada que en la vía abdominal, donde se suelen dar complicaciones en un 15% de los casos. Sin embargo, se trata de afecciones poco graves, en primer lugar están los trastornos de la micción, con infección de las vías urinarias o sin ella, hematomas del muñón e infecciones y hemorragias.

Mortalidad

Comparativamente las cifras de mortalidad de la vía vaginal (1%) son menores que en la vía abdominal (5%) teniendo en cuenta las indicaciones específicas.

Complicaciones de las vías urinarias

Las más frecuentes (10-25%) son las infecciones por cateterismos repetidos, sobretodo por sondaje permanente. En el caso de asociar técnicas antiincontinencia la frecuencia puede aumentar.

La retención urinaria (1-7%) postoperatoria se presenta por sondaje permanente, bloqueo del reflejo miccional o edema de la pared uretral.

Lesiones de la vías urinarias (0,4-1%) son raras y las contusiones o ligaduras de los uréteres se pueden evitar con una técnica adecuada, ya que la distancia entre la ligadura de los vasos uterinos y el cruce de los uréteres es de unos 2 cm, distancia que se acorta al ponerse en tensión el ligamento infundíbulo pélvico cuando se realiza anexectomía por vía vaginal.

Hemorragias

Las que se presentan durante el acto quirúrgico son fácilmente solucionables con tranquilidad y leve compresión del lecho sangrante.

Las más frecuentes son las hemorragias secundarias hacia el interior o extraperitoneales, hacia las 4-12h después de la HV, la paciente se encuentra en shock hemorrágico y la mejor manera de resolverlo es mediante una Laparotomía exploradora, con el fin de ligar el vaso sangrante. Las hemorragias menores (1-2%) se pueden presentar con el uso de anticoagulantes y se evidencian, sobretudo al retirar el taponamiento a las 24-36 horas de la intervención y se pueden prevenir haciendo una hemostasia cuidadosa de los vasos vaginales y utilizando habitualmente el bisturí eléctrico.

Las hemorragias tardías se presentan alrededor del 8º al 14º días después de la intervención y se atribuyen a la necrosis de los bordes de la incisión quirúrgica, infección o eliminación de los materiales de sutura.

Infecciones de la herida

La tendencia a la curación de la herida vaginal es sorprendentemente buena a pesar de la imperfecta asepsia del medio. Seguramente es más importante una técnica quirúrgica adecuada y una correcta hemostasia que la desinfección preoperatorio, pero no hay que excluirla. Hay que realizar un diagnóstico previo mediante exudado vaginal o citología con el fin de tratar una posible colpitis/cervicitis.

En los casos de asepsia dudosa o hemostasia insuficiente, es mejor dejar un drenaje de manera preventiva, con el fin de prevenir un posible hematoma que se pueda infectar secundariamente y llegar a producir una pelvi peritonitis.

Complicaciones tardías

Afectan a la curación de la herida, como son los granulomas, que producen leucorrea de color marrón y sangrado en el coito. También pueden ser las fimbrias de la trompa prolapsada (leucorrea acuosa), que se deberá extirpar con diatermia.

Recidivas o metástasis en el muñón vaginal de los carcinomas in situ o endometriosis.

Insuficiencia del muñón con prolapso de las asas (enterocele).

Disfunción sexual, casi siempre motivada por acortamiento de la vagina o plegamiento excesivo por las suturas empleadas.

Técnica

Método clásico

1. La colocación adecuada de la paciente, en posición de talla, con los glúteos algo sobresalientes para que la valva posterior quede libre, los dos muslos en abducción suficiente y simétrica, y la cadera con una flexión de algo más de 90°.

Desinfección de muslos, vulva y vagina

La vejiga se vacía con cateterismo.

Se realiza una exploración bajo anestesia.

2. Se apresa el cuello uterino con una pinza y se comprueba su movilidad bajo anestesia.

3. Se fijan los labios menores y se separan lateralmente con unos puntos.

4. Por ligera tracción uterina se procede a orientar la situación del surco vesical (bladder sulcus) el cual marca el límite de la pared laxa y móvil de la pared vaginal con la situada por encima, lisa y poco móvil sobre el cuello uterino.

La sección del cuello debe hacerse siempre en ese surco. La situación correcta de esta incisión es decisiva para el desarrollo normal de la intervención ya que se facilita el acceso al septo supravaginal.

5. En ocasiones se infiltra una solución salina para facilitar la disección y reducir las pérdidas sanguíneas (añadiendo una sustancia vasoconstrictora).

6. Traccionando fuertemente y ejerciendo del cuello la correspondiente contrapresión con la valva, primero sobre la pared vaginal anterior y después sobre la lateral, se realiza una incisión circular en el cuello con un solo movimiento del bisturí, tanto frío como eléctrico, que secciona de una vez toda la mucosa vaginal, es conveniente dar una forma arqueada a las incisiones de la pared anterior y posterior. (Figura 1).

7. Luego se despega el manguito vaginal con la tijera, en parte con disección roma y en parte cortante hacia delante, atrás y lateralmente. Si se ha infiltrado con solución salina el manguito permite su fácil despegamiento con disección roma. (Figura 2).

8. Por tracción del cuello hacia abajo y contrapresión con la valva sobre la pared anterior de la vagina, se tensa el segmento supravaginal y luego se secciona en una distancia de 0,5-1cm del cuello con la tijera. Si se está en el plano deseado, es decir en el espacio vesicocervical, suele ser sencillo rechazar el suelo vesical hacia arriba con disección roma con la tijera o frecuentemente con la misma valva (Figura 3). Con esta maniobra se aíslan los pilares vesicales laterales. En las cercanías de estos pilares se encuentra una pequeña arteria vesicouterina que bien antes o después de la sección de los pilares se pinza y se liga. Es muy importante reconocer el espacio vesicocervical ya que si no puede lesionarse la vejiga.

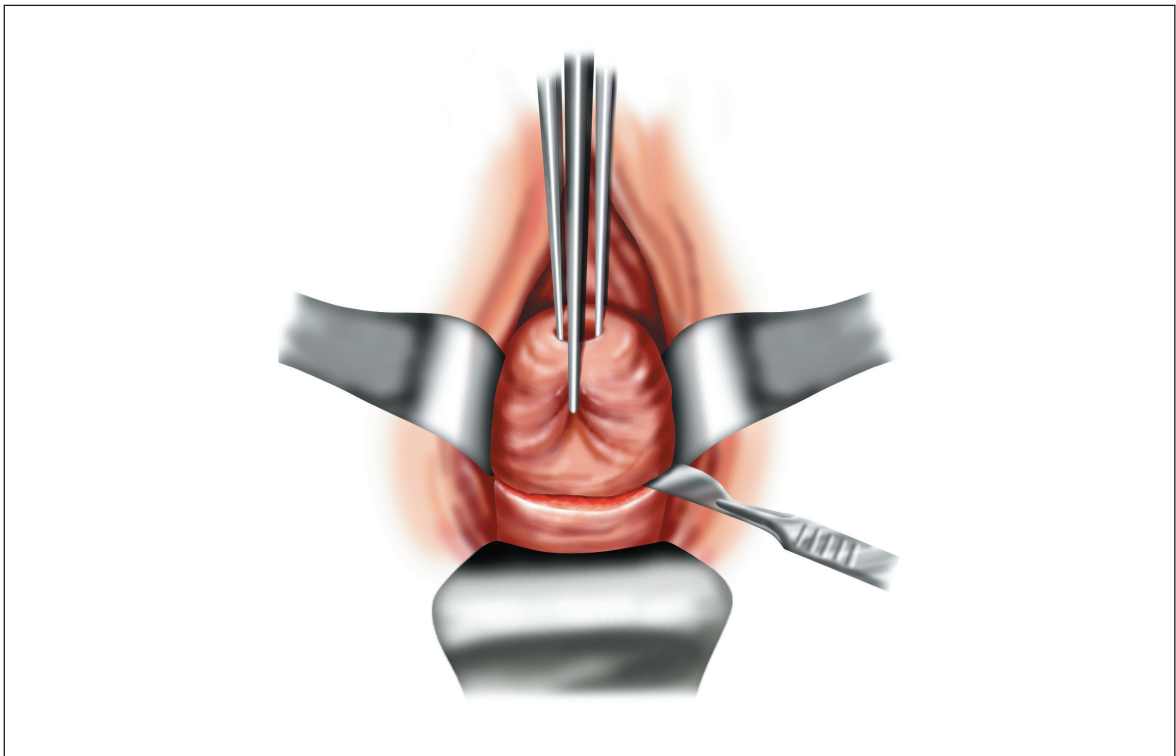


Figura 1

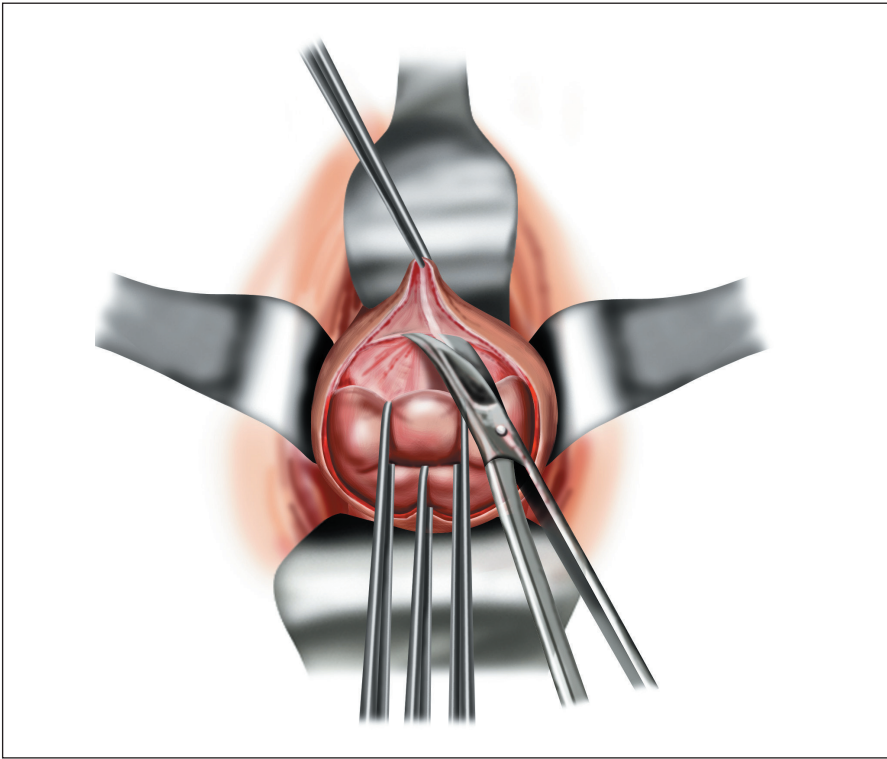


Figura 2

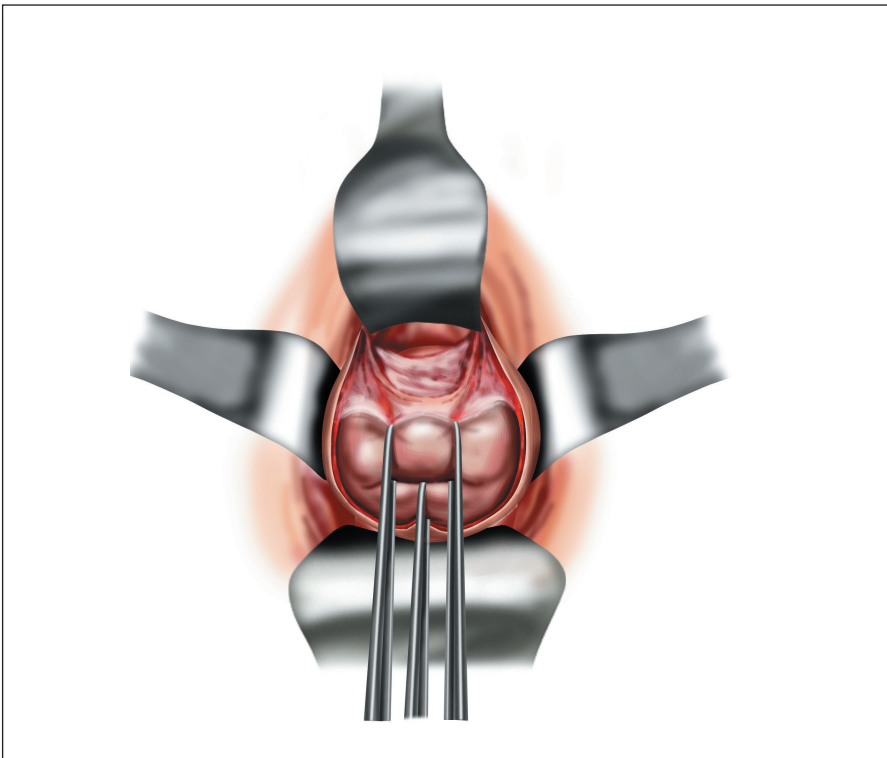


Figura 3

9. Después se busca el repliegue anterior, la plica vesicouterina peritoneal y se coge en su punto más alto con una pinza y se secciona fijando su borde con un punto. Si no se consigue encontrar este pliegue, puede abrirse en primer lugar, el peritoneo del Douglas y seccionar los parametrios.

10. Se puede ampliar la celiotomía con los dedos, lo cual permite explorar, la posición y tamaño del útero y de los anejos.

11. Con tracción intensa del cuello hacia delante sobre la sínfisis se busca el repliegue posterior, se abre y se aseguran sus bordes con unos puntos (Figura 4). Con frecuencia salen unos c.c. de líquido seroso peritoneal, si hacen protusión algunos apéndices epiploicos se reducen con una torunda húmeda. También con la ampliación de la celiotomía posterior se puede explorar el útero y los anejos. Si se presiona con el índice es posible tensar los ligamentos paracervicales y se pueden exteriorizar un poco. Hacemos una hemostasia del borde peritoneal posterior con el borde libre de la vagina, mediante sutura continua.

12. Los ligamentos uterosacros se cogen por separado con una pinza de Faure o de Heaney. Durante esta maniobra, se tracciona del cuello hacia el lado contrario mientras que con la valva va-

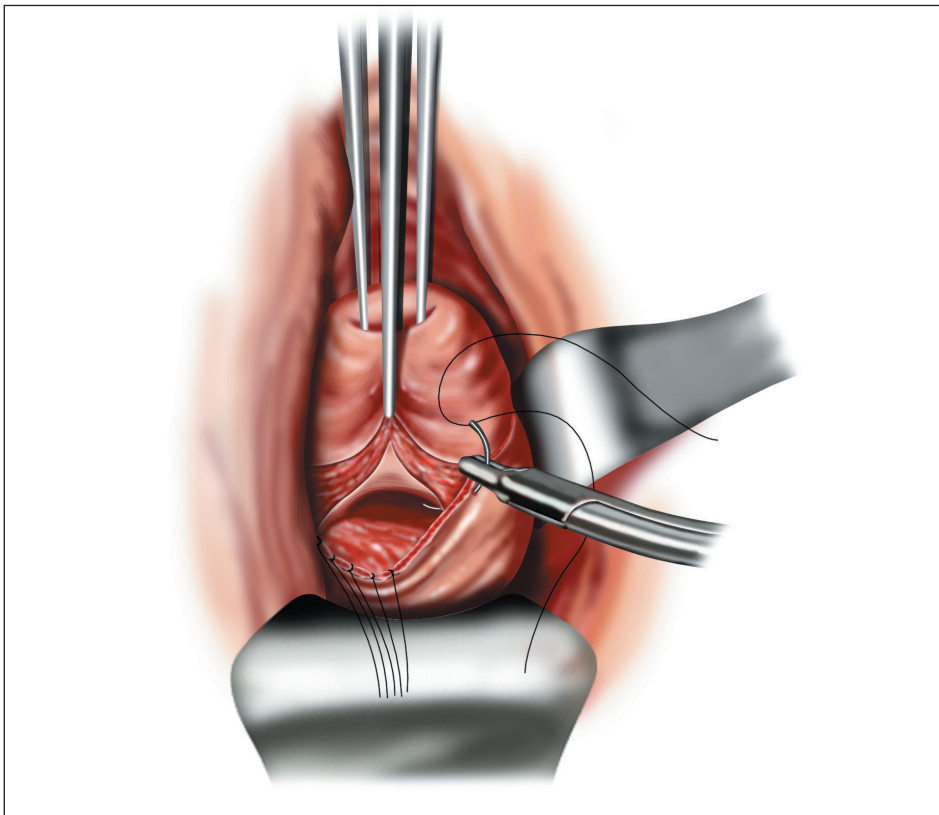


Figura 4

ginal se rechaza fuertemente el pilar vesical y el uréter situados por encima, hacia arriba y lateralmente. En caso necesario se introduce un dedo por detrás para que sirva de férula al colocar la pinza. Se secciona el ligamento y se liga (material reabsorbible 00, 0 y 1).

13. La segunda pinza hace presa en el tejido paracervical correspondiente al ligamento cardinal o parametrial (Figura 5). Generalmente se pinza al mismo tiempo la arteria uterina (Figura 6). Sin embargo muchos cirujanos prefieren pinzar este vaso por separado y ligarlo (material reabsorbible 0-1) con una pinza situada algo por encima. Es esencial que los extremos de estas pinzas estén adosados al borde uterino, para evitar las posibles lesiones de los uréteres. Por igual motivo es muy importante que uno de los ayudantes mantenga rechazados la vejiga y los uréteres, es decir el pilar vesical, por medio de una pinza vaginal curva. Si el pilar vaginal aún esta unido al cuello por algunas fibras debe seccionarse con las tijeras antes de colocar las pinzas de hemostasia.

14. Una vez seccionado el tejido paracervical, el útero pende únicamente de los anejos y los ligamentos redondos. Traccionando suavemente, el cuerpo uterino se exterioriza por delante y por detrás, adaptándolo a la vagina (el útero es luxado). Con ello se tensan los ligamentos redondos y los anejos y se pueden extirpar fácilmente con dos pinzas curvas. Si los anejos están inflamados y retraídos, en determinados casos no es posible luxar el útero, en cuyo caso se colocan las

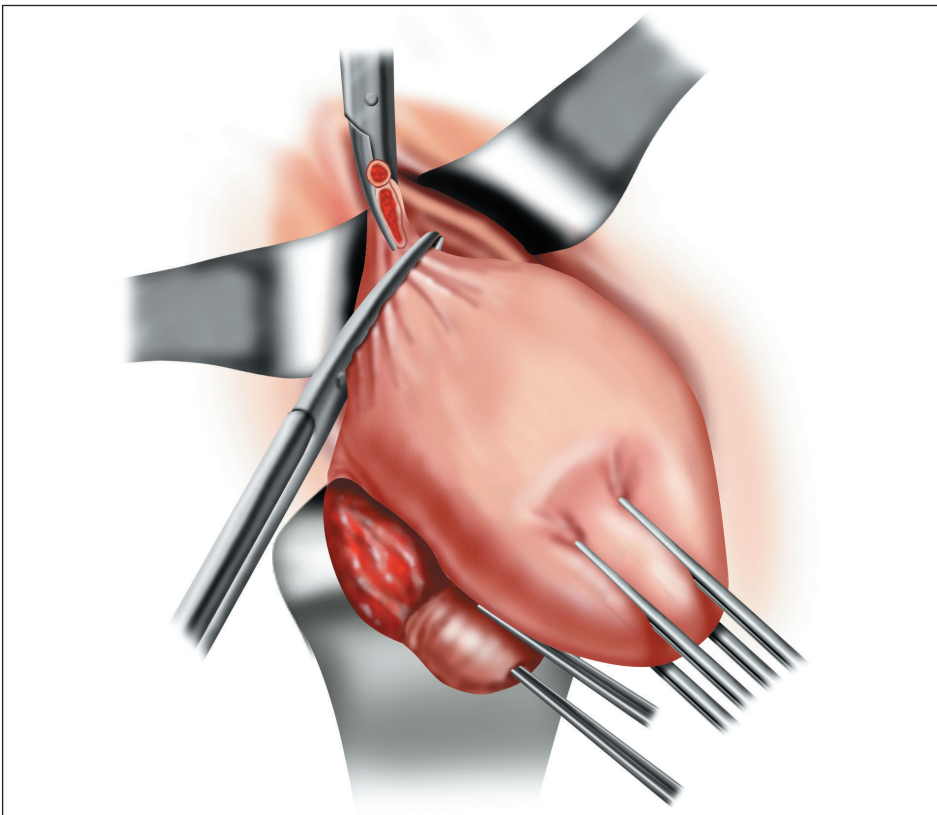


Figura 5

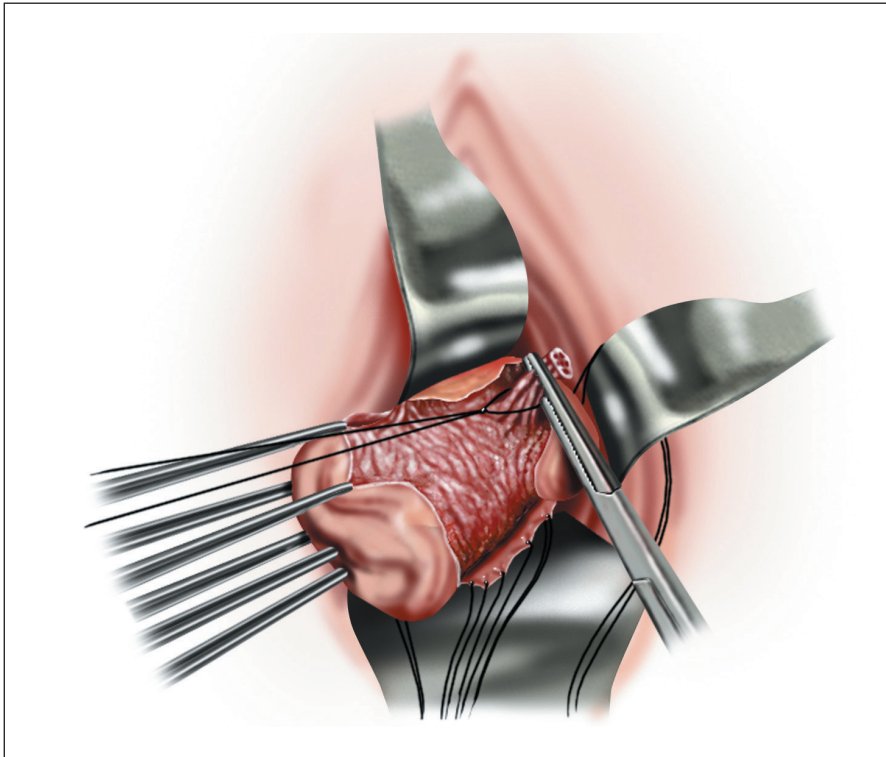


Figura 6

pinzas de los anejos in situ. Es importante que los ayudantes coloquen bien las valvas para que el cirujano reconozca perfectamente la colocación de las pinzas a fin de evitar la lesión de las asas intestinales. Una vez seccionado por un lado, habitualmente por el más cómodo, se continúa con el otro lado. Se debe recortar las partes sobrante con el fin de evitar las necrosis.

15. En el método clásico la intervención continúa con el cierre del muñón vaginal. Se han propuesto diversos métodos con el fin de evitar las diversas complicaciones, como deformidad o acortamiento de la vagina, necrosis de los bordes, infiltraciones o granulomas del muñón, insuficiencia de este con prolapso de la trompa del epiplón o asas intestinales, eteríceles tardíos y prolapso del muñón vaginal. Por regla general se utilizará uno de los procedimientos siguientes:

- a) **Procedimiento de Heaney.** Se suturan los muñones paracervicales a los ángulos laterales de la herida, o sea la fijación lateral del muñón por tracción en sentido anteroposterior. El peritoneo se sutura de forma continua en hilera transversal. Es similar al del tratamiento del muñón vaginal en la histerectomía abdominal. La mucosa vaginal se cierra con algunos puntos sueltos entrecortados.
- b) **Procedimiento de Mayo-Ward.** Los muñones correspondientes se suturan en la línea media después que se ha cerrado el peritoneo en bolsa de tabaco. Con este método se fija el

muñón vaginal en la parte media con lo cual se produce una tracción hacia arriba pura. Se ha utilizado principalmente en la HV asociadas a prolapso uterino.

- c) **Procedimiento de McCall.** Fija los muñones de los ligamentos útero sacros al peritoneo posterior y a la vagina, con el fin de prevenir el prolapso del muñón vaginal.

Modificaciones

Extirpación uterina difícil

No siempre es posible extirpar el útero de la forma clásica, cuando existen dificultades se nos ofrecen las siguientes modificaciones:

- a) En ocasiones el pliegue anterior está muy fijo o demasiado alto, sobretodo después de operaciones anteriores (cesáreas, miomectomías. etc.) o por inflamaciones en la región pélvica. En este caso se renuncia a la abertura del pliegue anterior y se comienza por la celiotomía posterior. A continuación se pinzan y seccionan los parametrios y uterosacros y se moviliza en útero hasta que se pueda visualizar toda la superficie anterior del cuerpo uterino; si existen adherencias peritoneales se pueden descapsular con el dedo.
- b) Si el útero presenta poca movilidad y el pliegue peritoneal esta muy arriba es conveniente seccionar, en primer lugar los ligamentos paracervicales y con ello puede descender el útero traccionándolo. Solo después de seccionar los ligamentos parametriales se abre el peritoneo por delante o por detrás.
- c) El útero es demasiado voluminoso o muy fijo para su extirpación en una sola pieza. En este caso podría recurrirse a:
- La amputación del cuello
 - La sección de la pared anterior del útero hasta el fondo.
 - Hemisección completa anterior y posterior del útero.
 - La miomectomía y el morcelamiento es decir la fragmentación del útero.
 - Proceder a una laparotomía, si surgen grandes dificultades se termina la operación por vía abdominal.

Anexectomía complementaria

Una vez extirpado el útero se inspeccionan los anejos y se palpan, si se considera que deben ser extirpados, se debe emplear una valva larga. Se atraen hacia adelante el ovario y la trompa has-

ta que quede en tensión el ligamento infudibulopelvico. Este junto con el mesosalpinx se pinza con cuidado y se liga y se secciona. A fin de evitar la lesión del uréter las pinzas se colocarán la más cerca del ovario.

Prevención de un Douglascele (enterocele)

Es un hecho comprobado que después de la HV existe mayor peligro de aparición de enteroceles (1-5%) de los casos. La prevención de estas complicaciones ha conducido a diferentes modificaciones del cierre del muñón vaginal, sobretodo del espacio posterior. Se considera decisivo el cierre peritoneal alto.

Histerectomía vaginal y plastía posterior en caso de prolapso

Actualmente la operación de prolapso es la HV con colpografía anterior y posterior simultánea. Para el resultado del tratamiento del prolapso, también se utiliza la plastia de Manchester, sin extirpación uterina y colpografía anterior y posterior, porque la conservación del útero sirve de sujeción del compartimiento medio del suelo pelviano. Los resultados son similares en ambas técnicas. Una ventaja de la HV frente a la plastia de Manchester es que al extirpar el útero se elimina un foco latente de enfermedad potencial.

Vamos a explicar las modificaciones en la técnica de la HV.

Al principio es el mismo prendimiento que en el método clásico. Normalmente en un caso de prolapso el útero se deja atraer hacia fuera mucho mejor, de manera que el comienzo de la intervención prácticamente se realiza en el exterior de la vagina, siempre es aconsejable realizar una histerometría. Se deben seguir los 7 primeros pasos de manera similar.

Se realiza colpotomía anterior, abriendo la vagina en su cara anterior y realizando disección roma, abriendo la tijera y se llega hasta cerca del meato uretral. Los dos colgajos de la vagina se traccionan con pinzas de Alley o de "T" en forma simétrica, a continuación se disecciona la vejiga, el suelo vesical y la porción conjuntiva de la uretra y a ambos lados de la misma, llegando hasta la inserción de la fascia pubovesical, lo que se realiza con una gasa enrollada en el dedo.

A continuación se disecciona el septo supravaginal cerca del cuello uterino y se libera la vejiga a través del espacio vesicocervical y se ligan los pilares laterales de la vejiga.

Se busca el repliegue peritoneal (plica vesicouterina), se pinza y se abre con tijera, caso de no poderse hacer, se pospone hasta que después de seccionados los parametrios y ligamentos uterosacros, el útero se pueda voltear.

Se comienza la apertura del Douglas y se continúa la intervención como en el procedimiento clásico, ligando los parametrios y uterosacros por separado, referenciando los muñones con pinzas conocidas; también se ligan y seccionan por separado los vasos uterinos.

Se luxa el útero y se pinzan y seccionan los ligamentos redondos y los úteroováricos cerca de la inserción uterina, en uno o en dos tiempos.

Se realiza una ligadura de los muñones y peritonización en bolsa de tabaco (según las escuelas) deslizando el borde de los muñones hacia abajo, con el fin de hacerlos extraperitoneales.

Ahora, se realiza la maniobra más importante para el mejor resultado de la intervención del prolapso, se intentan reunir los muñones con el fin de crear una sustentación sólida, uniéndolos en la línea media de dos en dos mediante puntos sueltos, redondos y úteroováricos por delante, parametrios en el medio y uterosacros en la parte posterior.

Si por delante queda un pequeño hueco, se cierra la fascia vesicocervical al lado de los ligamentos redondos.

Nosotros utilizamos la técnica de McCall, que consiste en fijar los ligamentos uterosacros y cardinales en la línea media fijándolos a la cúpula vaginal y se completa con una peritonización en bolsa de tabaco. En el caso de existir enterocele se libera, se extirpa el peritoneo del saco y se cierra con ésta técnica

En el momento actual utilizamos un refuerzo de esta zona con una malla de Prolene. Con el fin de evitar una recidiva del cistocele.

A continuación se realiza la colpografía anterior, extirpando la menor cantidad posible de tejido vaginal. Se suturan los bordes del fascia pubovesicocervical con puntos sueltos y luego se sutura la mucosa vaginal.

Operación de Manchester

- Consiste en la amputación del cuello uterino y plastia vaginal anterior y posterior.
- Se utiliza en aquellos casos de prolapso uterino de I-II grado o en las elongaciones de cuello.
- Se coloca a la paciente en posición de talla y se realizan los pasos habituales.
- Se realiza dilatación del cuello con tallos de Hegar hasta el número 8 y se realiza legrado del cx y cavidad de manera sistemática.

- Se ligan y suturan los ligamentos cardinales.
- Se realiza la amputación del cuello con ligadura de los vasos paracervicales.
- Para el cierre del muñón cervical utilizamos los puntos de Sturmdorf en la cara posterior.
- Se dan los puntos de Manchester fijando los ligamentos cardinales al muñón restante de cuello.
- Se recorta la vagina y se da el punto de Sturmdorf anterior.
- Al terminar la plastia, se sondará siempre el conducto cervical.
- Se continúa con la plastia vaginal anterior.

Bibliografía

1. Beavis ELG, Brown JB, Smith M. Ovarian function after hysterectomy with conservation of the ovaries in premenopausal women. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1969; 76: 969.
2. Bernal EW. Hysterectomy and autonomy. *Theor Med* 1988; 9: 73.
3. Bonnar JA, Kraszexski, WBD. Incidental pathology and vaginal hysterectomy for genital prolapsed. *J Obstet Gynaec Brit Emp* 1970; 77: 1137.
4. Bukovsky I, Liftshitz Y, Langer R et al. Ovarian residual syndrome. *Sug Gynecol Obstet* 1988; 167: 132.
5. Bush T, Cowan LD, Barret-Connor E et al. Estrogens use and all-cause mortality. *JAMA* 1983; 249: 903.
6. Callagher H. Vaginal hysterectomy. 1041 cases. *Aust NZ J.Obstet Gynaecol* 1967; 7: 144.
7. Callender C, Royales J, Sutherland G. The complications of vaginal hysterectomy. *Amer J Surg* 1962; 28: 598.
8. Campbell A. Vaginal Hysterectomy in prolapsed uteri. *Amer J Obstet Gynaecol* 1937; 33: 209.
9. Copenhaver EH. Vaginal hysterectomy, past, present and future. *Sur Clin North Am.* 1980; 60: 437.
10. Dexus S, Munos A, Tusquets JM. Preservation of the ovaries: a controversial subject. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1988; 28: 146.
11. Falk HC, Soichet S. The technique of vaginal hysterectomy. *Clin Obstet and Gynaecol* 1972; 15: 703.
12. Gray L. Indications, technics and complications in vaginal hysterectomy. *Obstet and Gynaecol* 1966; 28: 714.
13. Gray L. Vaginal Hysterectomy. Indications, technics and complications. 3.^a ed. Thomas Springfield, 1955.
14. Jacobs W, Roger FR, Scheibing WC, Adels MJ. Advisability of vaginal hysterectomy after previous pelvic operations. *J int Coll Surg* 1960; 34: 96.
15. Jaszczak SE, Evans TN. Intrafascial abdominal and vaginal hysterectomy: a reappraisal. *Obstet Gynaecol* 1982; 59: 435.
16. Käser O, Ikle FA, Hirsch HA. Atlas der gynäkologischen operationen. 3.^a ed. Stuttgart.
17. Kelly HA, Noble CP. Gynecology and abdominal surgery. Vol. 1. Philadelphia: WB Saunders, 1907.

18. Kilkku P, Gronroos M, Rauramo L. Supravaginal uterine amputation with preoperative electrocoagulation of endocervical mucosa. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1985; 64: 175.
19. Leonardo RA. *History of gynecology*. New York Froben Press, 1944.
20. Mathieu A. History of hysterectomy. *West J Surg Obstet Gynecol* 1934; 42: 2.
21. McCall ML. Posterior culdoplasty. *Obstet Gynecol* 1957; 10: 595.
22. Mayo CH. Operations for vaginal prolapse. *Surg Obstet and Gynecol* 1915; 20: 253.

