

## La histerectomía supracervical como primera elección en la patología uterina benigna

Dr. Alfredo Díaz Bruzual

Los adelantos de la tecnología actual nos proporcionan alternativas muy variadas para la realización de una operación que hasta hace poco tiempo efectuábamos sistemáticamente por una sola técnica: histerectomía abdominal total (HAT).

El objetivo de esa revisión es considerar las ventajas e inconvenientes de mantener este criterio de que “siempre” debe hacerse la histerectomía total, y proponer como primera opción la histerectomía subtotal en su variedad supracervical.

### Progresión histórica de la histerectomía

La primera histerectomía (H) la realizó Soranus (1) en la ciudad de Efeso en Grecia, en el siglo III en un prolapso uterino gangrenado. Naturalmente esta intervención fue por vía vaginal. En el siglo XVIII, con el descubrimiento de la anestesia y la sepsis, mejoraron las técnicas quirúrgicas; sin embargo, la mortalidad de las H era de 90%. Todas estas H eran histerectomías vaginales (HV).

La primera histerectomía abdominal (HA) la efectuó Heath en 1843 en Manchester, Inglaterra (1), pero la paciente falleció; y la primera que sobrevivió a la operación la hizo Bumham (2) en Lowell, Massachusetts en 1850.

La HAT fue propuesta por Delpech en 1830 y reideada por Freund (3) en 1878, pero la alta mortalidad de la operación obligó a que se sustituyera por la histerectomía subtotal (HST), es decir, conservando el cuello uterino, lo cual hacía la intervención más sencilla, más rápida y con menos riesgo quirúrgico.

En el primer cuarto de nuestro siglo comienzan a aparecer los carcinomas del cuello residual y se regresa entonces a la HAT; en 1928 Richardson (4) preconiza la extirpación total de útero como una profilaxis del cáncer del cuello.

En 1942, aparece el método de Papanicolaou (5), que permite detectar los estadios preliminares al cáncer (Ca) del cuello uterino. Sin embargo, se mantiene la indicación de la HAT por el temor al Ca

del cuello residual, aunque la incidencia de Ca del muñón es apenas de 0,4% a 0,1% (6). En la actualidad apenas el 1% de las H en Estados Unidos son HST, a pesar de que el riesgo quirúrgico de la HAT es mayor que el de la HST.

En 1988, se inicia la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), gracias a Reich (7), quien fue el primero en realizarla en EE.UU.

En 1990, Kilkku (8), basado en sus primeras experiencias con tres años de observación, demostró excelentes resultados con la histerectomía supracervical (HSC); y propuso esta técnica en lugar de la histerectomía total (HT).

En 1991, Semm (9) propone su técnica CASH, la cual es una histerectomía subtotal por laparoscopia con ablación del endocervix, para la cual usa un instrumento de su propio diseño.

La historia de las primeras histerectomías en Venezuela ha sido bien estudiada por Agüero (10) quien reproduce la detallada descripción de Manuel María Ponte al hacer la primera histerectomía el 21 de noviembre de 1880, y la de Miguel Ruiz en 1892 en el Hospital Vargas de Caracas. Luis Razetti (11) en 1917, hace la primera histerectomía radical de Wertheim por cáncer. Desde 1900 hasta 1940 en nuestro país, al igual que en EE.UU. la casi totalidad de las histerectomías fueron HST, y desde esta fecha hasta la actualidad casi la totalidad son HAT.

### ¿Histerectomía total o histerectomía subtotal?

Se consideró por algún tiempo que la HST era una “mala necesidad” en los casos de anestesia dificultosa, sangrado profuso, malas condiciones de la paciente, peligro de otras complicaciones para lo cual era necesario operar con gran rapidez. Sólo en estas condiciones se aceptaba una HST en lugar de HAT. Incluso los cirujanos poco expertos encontraban mayor justificación para efectuar una HST en lugar de una HAT.

El temor al cáncer del cuello uterino residual es la razón por la cual se prefirió efectuar la histerectomía total como casi única elección. Erminy y col. (12) en 1966 condenan la HST: “La HST debe

desaparecer de la mente del cirujano”. “Es una operación obsoleta, ilógica y perjudicial”. Presentan 14 casos de Ca del muñón residual en los que se aprecia que sólo cinco presentaron Ca después de los dos años de operadas, el resto fue por lesión preexistente; por lo demás, los autores reconocen que sus casos no fueron estudiados adecuadamente antes de la intervención; sólo al 4,41% se les hizo citología Papanicolaou.

En los años 60 el temor al Ca uterino llevó a algunos al extremo de proponer extirpar un cuello sano residual para evitar un posible cáncer (13,14), aunque la proporción de Ca es la misma en los úteros originales que en los cuellos residuales; igualmente la tasa de curación es la misma. En 1969, Wright (15) propone la histerectomía electiva, aduciendo que “El útero tiene una sola función: reproducción. Después del último embarazo planificado, se convierte en un órgano inútil, sangrante, productor de molestias, sede potencial del cáncer y por lo tanto debe ser extirpado”. Indudablemente que éste es un concepto exagerado, pues si bien la gestación es la función primordial del útero, no parece justificable efectuar una histerectomía profiláctica como rutina.

En las décadas del 70 y 80 se llegó al “abuso” de las histerectomías: H profilácticas, H electivas y H para esterilización. En Estados Unidos el 37% de las mujeres a los 60 años de edad, estaban histerectomizadas, mientras que en el Reino Unido un 13% y en Francia 9%. En Holanda, el porcentaje de mujeres histerectomizadas entre 40 a 60 años se triplicó de 6,2% en 1967 a 18,6% en 1987. En 1980 las estadísticas reportaban útero sin lesiones en el 50% de las piezas operatorias de histerectomía.

La falacia de la H profiláctica fue expuesta por Cole y Berlin (16): la histerectomía electiva a los 35 años, estadísticamente aumentaba la vida en 2,4 meses; sin embargo, al 98,7% de las mujeres este beneficio no las afectará; y para el 1,3% que se beneficiarían, ello sólo les llegaría después de los 65 años.

En la revisión de Pratt y Jefferies (17) se señala que en la Clínica Mayo en la década del 70, anualmente se hicieron unas 400 HAT y sólo 1 ó 2 HST; mientras que en el año 1944, se hicieron 666 HAT y 115 HST. La revisión de 262 cuellos residuales entre 1949 y 1973 demostró 46 (17,5%) con Ca (de los cuales 38 eran *in situ*). Hay que hacer notar que para esta época no estaba en práctica en EE.UU. la colposcopia, que evidentemente hubiera detectado estos Ca *in situ* antes de la operación. Más del 60% de los ocho Ca ocurrieron 10 años o

más después de la HST, lo cual los califica como Ca primarios y no Ca residuales del muñón.

Con la extirpación de la mucosa endocervical del cuello restante, como lo preconizan muchos autores (18,20), el riesgo de Ca de cuello residual es mínimo. La incidencia del Ca en el muñón residual, de acuerdo a las estadísticas de Kilkku y col. (21), promotores de la resección de la mucosa endocervical, es de apenas 0,11%. “En ausencia de indicación específica para la extirpación del cuello uterino, el muñón debe permanecer en su sitio”, Thompson (22).

Con el desarrollo de mejores métodos de diagnóstico y técnicas quirúrgicas menos invasivas, el tema fundamental en la medicina actual es “menos es más”. La aparición de la histerectomía por laparoscopia y la ablación endometrial como alternativas a la histerectomía abdominal y a la histerectomía vaginal, han hecho reconsiderar la conveniencia de eliminar el útero conservando el cuello, o simplemente eliminar solamente el endometrio.

La extirpación del cuello conduce a lesiones anatómicas. En mujeres jóvenes especialmente, debe tomarse en cuenta mantener el soporte pélvico que ofrece el cuello uterino, conservando la inserción natural de los ligamentos úterosacros y cardinales. El cuello contribuye al mantenimiento de la estática pelviana. Recordemos que parte del retináculo pélvico lo constituye una cincha de la que los ligamentos úterosacros y cardinales integran en sus dos terceras partes; dicha cinta sujeta el cuello uterino y la porción superior de la vagina. Su integridad se pierde al efectuar la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales al momento de la histerectomía total, pero se mantienen indemnes al conservar el cuello uterino. Igualmente, la porción superior de la fascia endopélvica constituye el parametrio y la inferior el paracolpos, los cuales también son afectados en la histerectomía total. La prevención del prolapso de la cúpula vaginal, frecuente en la histerectomía total, es otra de las ventajas de la histerectomía supracervical.

Si se efectúa una buena evaluación preoperatoria mediante citología y colposcopia, se reseca el endocervix efectuando un “cilindro” retrógrado al extirpar el cuerpo uterino y se mantiene un adecuado control posoperatorio, la histerectomía supracervical es hoy por hoy la intervención de primera elección en el tratamiento de las afecciones benignas del útero. La histerectomía total es por tanto la excepción, solamente indicada cuando no se cumplen las premisas antes señaladas o existe una lesión de

cuello que sea conveniente extirpar.

El término carcinoma del muñón residual es un término ambiguo, puesto que se usa para designar el Ca que se desarrolla en el muñón restante después de efectuar una histerectomía subtotal. Hay que distinguir entre el carcinoma residual del muñón, que es aquel que aparece en el lapso de dos años después de la intervención, y el carcinoma del muñón que es el que aparece después de los dos años de la operación y el cual se considera como verdadero Ca de cuello, similar al que podría ocurrir en un útero intacto. Es una eventualidad rara, pero suficientemente importante para tomarla en cuenta al practicar la histerectomía. El seguimiento de 109 700 casos por diversos autores por un período de 2 años, revela una incidencia de Ca del muñón de 0,83% (6). Las estadísticas escandinavas de Kilkku y col. (21) revelan cifras aún menores: 0,11%.

La mortalidad por HAT comparada con la de HST, de acuerdo a los trabajos de Tervila (6) en una revisión en Finlandia, reporta: de 1935 a 1948: HST: 1,11%; y HAT: 3,5%; en el mismo hospital entre 1949-1951: HST: 1,67% y HAT: 4,09%. Entre 1952-1960: HST: 0,52% y HAT: 1,09%. Lo cual señala una diferencia en favor de la HST en los tres períodos revisados. La compara con el Massachusetts General Hospital, que fue de 4,4% para la HAT y de 2,9% para la HST, y observa la misma relación de una mortalidad aproximadamente el doble en las HT que en las HST. Basado en grandes grupos estadísticos, Tervila acota una cifra de probabilidad de Ca de muñón residual de 0,3%. La mortalidad a cinco años en los casos de Ca del muñón es de 38%; haciendo el cálculo del riesgo de muerte en HST  $0,5/100 \times 38/100 \times 100 = 0,19\%$ . Si agregamos esta cifra a la mortalidad de 0,3%, nos lleva a 0,49% como riesgo para la paciente sometida a HST. Comparemos esta cifra con la mortalidad de 1,03% de la HAT y podremos sacar nuestras conclusiones.

Numerosos autores han publicado en años recientes sus experiencias con la histerectomía supracervical y comparado sus ventajas, tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica, y han concluido en forma acorde en que la histerectomía supracervical es hoy día la primera elección.

Las lesiones del tracto urinario, especialmente del uréter se presentan con mayor frecuencia en la histerectomía total que en la supracervical, y en algunas regiones, como Suecia, no se reporta ninguna lesión al uréter en esta última (23,24).

Recordemos que los avances de la tecnología

moderna nos permiten una gama de posibilidades técnicas en materia de histerectomía; disponemos de la clásica histerectomía abdominal total, la histerectomía abdominal supracervical, la histerectomía vaginal, la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, la histerectomía total por laparoscopia, la histerectomía supracervical por laparoscopia, y la histerectomía intrafascial laparoscópica descrita por Semm (9).

La extirpación del cuello implica alteraciones fisiológicas. Las fibras simpáticas y parasimpáticas del plexo de Frankenhauser rodean el cuello y la porción superior de la vagina e inervan ésta, el útero y la vejiga. En la histerectomía total hay sección y pérdida de parte de este plexo ganglionar, lo cual puede inducir disfunción de estos órganos tanto en la fisiología urinaria como en el coito.

El estudio de Kilkku (25) en 212 pacientes evaluadas preoperatoriamente y al año de operadas, revela que la HST da mejor resultado que la HT en relación a: la desaparición de la sensación de orina residual: de 35,5% a 10,3% en la HST, y de 28,6% a 22,1% en la HT. La comparación pre y posoperatoria de la incontinencia de orina al esfuerzo, no varió significativamente en las HT (36,2% a 28,8%), pero sí en la HST: 47,7% a 22,6%. La desaparición de la sensación de presión vesical mejoró por igual en ambos grupos.

Es una experiencia común para los ginecólogos y cirujanos la observación de trastornos psíquicos y disfunciones de la relación sexual en mujeres histerectomizadas. Las creencias que la mujer, y su pareja, tienen del papel del útero en relación con la feminidad y la sexualidad, tienen mucha importancia en la relación sexual posoperatoria. Aun con la conservación de ovarios puede producirse sintomatología climatérica. La histerectomía, bien se extirpen o no los ovarios, se asocia a una considerable disminución de la libido (26). Las causas son variables y no podemos ahondarlas en el presente estudio. Algunos piensan que cuando hay cambios en la libido o insatisfacción sexual después de H, la causa de estos cambios es indudablemente psicológica (27). Sin embargo, Zussman y col. (28) revisan la literatura al respecto y hacen un análisis crítico de los postulados y las investigaciones al respecto. Encuentran una extrema variación en los reportes de disminución o pérdida de libido posoperatorio desde 1% hasta 65%, lo cual revela, según ellos, los problemas metodológicos en áreas tales como definición de cambios de comportamiento, muestreo, validación de estudios y métodos de correlacionar

los cambios de comportamiento con los cambios biológicos. Un argumento importante para rebatir la causa psicológica como factor primordial es el hecho de que “No hemos encontrado ningún estudio de seguimiento que reporte que esta pérdida de libido se haya revertido con psicoterapia; esta reversión podría soportar la teoría de la psicogénesis”. Consideran que la falla hormonal, especialmente de la testosterona es la responsable mayor del problema. Algunas mujeres no son capaces de convertir la estrona en dihidrotestosterona en los depósitos de grasa periféricos (agregando 10 mg/d de fluoxymesterone reaparece la libido, la cual no mejora aun con la terapia hormonal substitutiva). Los ovarios aun después de la menopausia son responsables de la producción del 50% de la cantidad de andrógenos por un lapso de hasta 12 o más años.

Excluyendo las causas psicológicas y hormonales, se ha demostrado que el cuello juega un papel importante en el orgasmo y de allí la justificación de conservarlo (29-31). En 85 pacientes estudiadas se observó una disminución o ausencia de libido en una proporción que varía entre 25% y 40% (26). La función del cuello en la producción del orgasmo ha sido señalada por Masters y Johnson (32). “El cuello ha sido identificado por algunas de nuestras mujeres, como otras muchas lo refieren a sus ginecólogos, como un área que debe ser estimulada por la penetración del órgano masculino para que ellas puedan lograr total y completa satisfacción en el orgasmo”.

Helstrom y col. (33) estudian las HST —método de elección en Uppsala para lesiones benignas del útero— en el curso de 2 años, y tomaron 104 pacientes, con encuesta preoperatoria y un año después de la operación. Utilizan un sistema computarizado con el programa LISREL, dando especial valor a los factores subyacentes. Consideran que estos factores subyacentes son una mejor medida de la sexualidad que las diferentes variables aisladas, porque la respuesta a una pregunta puede ser influenciada por muchos otros factores. Encuentran que las mujeres que sienten deseo sexual y son capaces de excitarse sexualmente, a pesar de los síntomas que la llevan a la histerectomía, tienen mayor posibilidad de permanecer sexualmente activas después de la H. Señalan que 51 de las 152 mujeres que fueron histerectomizadas estaban deprimidas y que esas mujeres reportaron disminución del disfrute sexual, menor frecuencia de coitos y menor deseo sexual después de la H, significativamente más frecuentemente que las no

deprimidas. Recomiendan que “Al hacer la evaluación y asesoramiento preoperatorio a la H se deben usar los factores que predicen la sexualidad en el posoperatorio. Estos factores son frecuencia de coito, existencia de deseo cíclico, frecuencia de deseo sexual y frecuencia y multiplicidad de orgasmos”.

### CONCLUSIONES

En las mujeres jóvenes debe tomarse en cuenta mantener el soporte pélvico que ofrece el cuello uterino y conservar la inserción natural de los ligamentos úterosacos y cardinales. La agresión quirúrgica al plexo de Frankenhauser produce trastornos fisiológicos que inciden en la función sexual y en la micción, por tanto debe tratar de conservarse. Un buen estudio colposcópico y citológico del cuello uterino en el preoperatorio, y la resección del endocervix al efectuar la histerectomía supracervical, eliminan toda posibilidad de crecimiento ulterior de alguna neoplasia.

Estas consideraciones nos llevan a proponer la histerectomía supracervical con la extirpación del epitelio endocervical, como la primera elección especialmente en mujeres jóvenes en las que su cuadro clínico no se acompañe de prolapso genital, bien que esta intervención se ejecute por laparotomía o por laparoscopia sin acceso vaginal como lo recomiendan Vietz y Ahn (34).

El devenir de la cirugía, como toda la ciencia médica, vive constante cuestionamiento y revisión. Es valioso para el cirujano preguntarse continuamente: ¿Lo que estoy haciendo es lo mejor para esta paciente que voy a operar? ¿Por qué aplico una determinada técnica quirúrgica? y ¿Podría hacer otra mejor? La razonada selección de cada paciente y habilidad y experiencia del cirujano son los factores más importantes en el resultado quirúrgico. La mejor forma de seleccionar la técnica adecuada para cada paciente es preguntarse: ¿Qué se debe hacer? en lugar de ¿Qué se puede hacer? pues el hecho de que una técnica quirúrgica pueda hacerse no implica que deba hacerse. Y cuando al paciente se le deba hacer una determinada técnica, el cirujano tiene que estar seguro de que él pueda hacerla.

Si hasta hace 10 años nuestras normas quirúrgicas pautaban: “Siempre histerectomía total. Hacer subtotal es un pecado”, hoy en base de las experiencias y adelantos científicos, podemos postular: “histerectomía supracervical con extirpación de la mucosa endocervical es la primera elección”.



## REFERENCIAS

1. Bachmann GA. Hysterectomy. A critical review. *J Reprod Med* 1990;35:839-855.
2. Ricci JV. One hundred years of gynecology. Filadelfia: Blakiston; 1945.
3. Thorek M. Modern surgical technique. Filadelfia: Lippincott; 1949.
4. Richardson EH. A simplified technique for abdominal panhysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1929;48:248-253.
5. Papanicolaou GN. A new procedure for staining vaginal smears. *Science* 1942;95:438-441.
6. Tervila L. Carcinoma of the cervical stump. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1963;42:200-210.
7. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989;5:213-218.
8. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;62:141-145.
9. Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy. *Geburtsh Frauenheilk* 1991;51:996-1003.
10. Agüero O. Histerectomía en Venezuela (hasta 1920). *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:(2):105-113.
11. Razetti L. La histerocarcinomectomía y la lucha contra el cáncer. *Gac Méd Caracas* 1916;23:137-144.
12. Erminy A, Vargas P, Manrique N. Histerectomía subtotal y cáncer del cuello uterino. *Bol Soc Venez Cir* 1966;20:1031-1040.
13. Montbrún F, Hernández C, Pucchi J, Laya R. Evaluación de ciento cincuenta casos de histerectomía vaginal en el Servicio de Cirugía N° 1 del Hospital Vargas de Caracas. *Bol Soc Venez Cir* 1966;20:1009-1030.
14. Riva HL, Hefner JD, Marchetti AA. Prophylactic trachelectomy of cervical stump: two hundred and twelve cases. *South Med J* 1961;54:1082-1084.
15. Wright RC. Hysterectomy: past, present and future. *Obstet Gynecol* 1969;33:560-563.
16. Cole P, Berlin J. Elective hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:117-123.
17. Pratt JH, Jefferies JA. The retained cervical stump, a 25 years experience. *Obstet Gynecol* 1976;48:711-715.
18. Pelosi M. Laparoscopic supracervical hysterectomy. *J Reprod Med* 1992;37:777-784.
19. Hasson H. Cervical removal at hysterectomy for benign disease, risks and benefits. *J Reprod Med* 1993;38:781-790.
20. Lyons T. Laparoscopic supracervical hysterectomy, a comparison of morbidity and mortality results with laparoscopic assisted vaginal hysterectomy. *J Reprod Med* 1993;38:763-767.
21. Kilkku P, Gronroos M, Taina E, Soderstrom O. Colposcopic, cytological and histological evaluation of the cervical stump 3 years after supravaginal uterine amputation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:235-236.
22. Thompson JD. Hysterectomy. En: Te Linde RW, editor. *Operative gynecology*. 7ª edición. Filadelfia: JB Lippincott; 1992.p.663-687.
23. Drieffe J. Conserving the cervix at hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:563-564.
24. Lalonde CJ, Daniell JF. Early outcomes of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy versus laparoscopic supracervical hysterectomy. *J Am Ass Gynec Lap* 1996;3:251-256.
25. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy with reference to subjective bladder symptoms and incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:375-379.
26. Utian WH. Effect of hysterectomy, ooforectomy and estrogen therapy on libido. *Int J Gynecol Obstet* 1975;13:97-100.
27. Munnell EW. Total hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1947;54:31-39.
28. Zussman L, Zussman S, Sunley R, Bjorson E. Sexual response after hysterectomy ooforectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:72-729.
29. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy: effects on libido and orgasm. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;62:147-152.
30. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy: effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;62:141-145.
31. Rudy DR, Bush MI. Sexual dysfunction after hysterectomy. *Contemp Ob-Gyn* 1993;38(3):39-46.
32. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. 1ª edición. Boston: Little Brown and Co.; 1966.
33. Helstrom L, Lundberg PO, Sorbon D, Backstrom T. Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993;81:357-362.
34. Vietz PF, Ahn TS. A new approach to hysterectomy without colpotomy: pelviscopic intrafascial hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:609-613.