

Histerectomía vaginal en útero no prolapsado: experiencia en el Hospital Universitario de Caracas

Drs. Lina Figueira¹, Beraldo Martínez², Andrés Lemmo³, David Carrasco⁴, Carlos Fernández⁵, Ender Cumare⁶.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la experiencia con la histerectomía vaginal en útero no prolapsado en el servicio de ginecología del Hospital Universitario de Caracas.

Métodos: Se incluyeron 62 pacientes con indicación de histerectomía por patología uterina benigna, lesiones preinvasoras de cuello uterino y adenocarcinoma de endometrio en estadios iniciales. Fueron excluidas pacientes con: prolapso apical de órganos pélvicos, tumores anexiales con sospecha de malignidad, úteros poco móviles y fondo de saco de Douglas obliterado por síndrome adherencial severo.

Resultados: La edad promedio fue 47 años, 49 % tenía cirugías previas. La indicación quirúrgica fue miomatosis uterina en 87,1 %. El peso uterino promedio fue 345,9 g. En 64,5 % se realizó morcelamiento y hubo adherencias en 14 %; el promedio de tiempo operatorio fue 65 minutos y de pérdida hemática intraoperatoria fue 300,8 ml. La estancia hospitalaria postoperatoria fue 1 día (77,4 %). La intensidad del dolor a las 24 horas de postoperatorio fue 0 a 1 en la escala visual análoga en 53,2 % y en ningún caso fue mayor a 6. Una paciente requirió conversión a laparotomía por síndrome adherencial severo y en una se produjo una lesión incidental de vejiga. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron infección urinaria (6,5 %) y hematoma de cúpula (3,2 %). Una paciente presentó prolapso de cúpula vaginal al año de seguimiento.

Conclusión: La histerectomía vaginal en útero no prolapsado es una técnica segura y altamente reproducible que debería ser la primera opción de abordaje en casos de histerectomía realizadas por cirujanos ginecólogos.

Palabras clave: Histerectomía, Histerectomía vaginal, Cirugía mínimamente invasiva, Miomatosis uterina.

SUMMARY

Objective: to evaluate the experience with vaginal hysterectomy in non-prolapsed uterus in the department of Gynecology of Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

Methods: a prospective, descriptive, longitudinal study was performed in 62 patients of the pelvic floor unit of the Department of Gynecology between 2010 and 2016. Inclusion criteria: benign uterine pathology, preinvasive lesions of cervix, and endometrial adenocarcinoma (initial stages). Exclusion criteria: apical prolapse of pelvic organs, ovarian tumors suggestive of malignancy, uterus with low mobility on pelvic examination, pouch of Douglas obliteration due to severe pelvic adhesions product of endometriosis, pelvic inflammatory disease, multiple surgical interventions, etc.

Results: mean age was 47 years. Forty nine percent of the patients had a previous surgery. The most frequent surgical indication was uterine myomatosis (87.1%). Mean uterine weight was 345.9 gr (range 30 to 2000 gr). Morcellation was performed in 64.5% of the patients. Adhesions were observed in 14% of the cases, mean surgical time was 65 minutes, mean blood loss during surgery was 300.8 ml, and postoperative hospital stay was 1 day in 77.4% of the cases. Postoperative pain intensity (24 hours) was 0 to 1 in the visual analog scale in 53.2% of the cases, and none of the patients had a score higher than 6. One patient required laparotomy due to severe pelvic adhesions and 1 case had a bladder injury. The most frequent postoperative complication was urinary tract infection (6.5%), followed by hematoma of vaginal vault (3.2%). One patient had a vaginal vault prolapse at one year of follow up.

Conclusion: vaginal hysterectomy in non-prolapsed uterus has multiple advantages: lower surgical time, hospital stay and blood loss, faster postoperative recovery, low level of pain, no visible scars and low percentage of complications. It is a safe and highly reproducible technique that should be the first option for hysterectomy for gynecological surgeons.

Key words: Hysterectomy, Vaginal hysterectomy, Minimally invasive surgery, Uterine fibroids.

¹Ginecólogo Obstetra, coordinadora de pregrado de la cátedra Ginecología, Hospital Universitario de Caracas (HUC), Universidad Central de Venezuela (UCV). Coordinadora del Curso de Ampliación en Disfunción y Cirugía Reconstructiva del Piso Pélvico del UCV-HUC. ²Ginecólogo Obstetra, especialista en disfunción y cirugía reconstructiva del piso pélvico. Adjunto del Servicio de Ginecología y coordinador de la consulta de piso pélvico del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. ³Ginecólogo

Obstetra, profesor asistente de la UCV. Jefe del Servicio de Ginecología y del Departamento de Obstetricia y Ginecología del HUC. Coordinador de la Unidad de Ginecología Estética y Reconstructiva del HUC. ⁴Ginecólogo Obstetra. Médico I de la Dirección de Salud Municipal Arica. Chile. ⁵Ginecólogo Obstetra. ⁶Ginecólogo Obstetra. Participante del curso de ampliación en disfunción y cirugía reconstructiva del piso pélvico. Servicio de Ginecología, HUC.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más frecuente; ocupa el tercer lugar en frecuencia entre las operaciones de cirugía mayor electiva. En los Estados Unidos se realiza un promedio de 600 mil histerectomías al año (1-3). La extracción del útero puede realizarse por abordaje vaginal o abdominal, esta última abierta o por laparoscopia (4). Estas diferentes técnicas tienen sus indicaciones, ventajas y desventajas. Sin embargo, cuando se enfrenta la posibilidad de elegir entre ellas, la vía vaginal es, sin duda, la alternativa con los mejores resultados (5,6). Entre algunas de las ventajas de la vía vaginal se cuentan: menor morbilidad, tiempo operatorio, pérdidas hemáticas, dolor, estancia hospitalaria, costos, curva de aprendizaje más corta e inicio temprano de la vía oral (7-9). Solamente el hecho de no seccionar y luego reparar la pared abdominal, le confiere a la histerectomía vaginal innumerables ventajas en relación a la frecuencia de complicaciones intra y post operatorias. La ligadura precoz de las arterias uterinas al realizar el abordaje vía vaginal es otra gran ventaja al disminuir ostensiblemente las pérdidas hemáticas. Otra ventaja de la histerectomía vaginal es que facilita la corrección simultánea de prolapsos, incontinencia urinaria y desgarros perineales en el mismo acto quirúrgico (8).

La primera histerectomía por vía vaginal documentada se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 a.C. amputó un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal. Mathieu, en su obra "Historia de la Histerectomía", refiere que "estas personas veían un útero invertido o prolapsado que protruía a través de la vagina y sin reconocer su naturaleza, terminantemente lo seccionaban". Esto explica que las primeras histerectomías vaginales se hicieran sin fundamento y todas en úteros prolapsados (10). A mediados del siglo XX, se disminuyó el uso de esta vía en favor de la abdominal, pues permitía una inspección ocular directa del campo operatorio y una mejor protección de los uréteres, entre otros argumentos (11). Posteriormente, algunas escuelas de cirujanos del piso pélvico, en varias regiones del mundo, se dedicaron a rescatar, perfeccionar y divulgar la técnica vaginal, con un resurgimiento de esta en las dos últimas décadas con excelentes resultados (12).

El ginecólogo debería retomar el camino que lo diferencia de los cirujanos generales a través de "El arte de la cirugía vaginal" con convicciones y argumentos claros. Existen aún muchos mitos sobre algunas circunstancias que conllevan a pensar que la vía vaginal no es una opción adecuada, por ejemplo: ausencia de prolapso, tamaño uterino, antecedentes de cesárea o cirugía abdomino-pélvica y la necesidad de realizar ooforectomía. Estos factores no son más que mitos, pues ellos pudieran eventualmente dificultar, más no contraindicar la vía vaginal y el papel decisivo depende de la experiencia, habilidad y voluntad del cirujano (13-15). Uno de los grandes temores que presentan los cirujanos no acostumbrados a esta cirugía, es la probabilidad de poder iniciar la misma en un útero que no presenta descenso por indemnidad de sus medios de sostén. El efecto de la anestesia y del masaje del complejo cardinal-uterosacro sobre el descenso del útero, para hacerlo accesible al instrumental quirúrgico e iniciar la cirugía, es determinante. Para el momento del inicio del acto quirúrgico, la mayoría de los cuellos uterinos se encuentran a nivel del anillo himenial o 1 cm por encima (punto C del POPQ entre -1 y 0).

En vista de los beneficios reportados con la histerectomía vaginal en úteros no prolapsados y la menor utilización de esta vía de abordaje en el mundo (en parte por desconocimiento de la técnica y en parte por los mitos asociados a la misma), se realizó el presente estudio con el objetivo de evaluar la experiencia con esta técnica en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, en 62 pacientes, atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas (HUC), en el periodo 2010-2016. Se incluyeron en el estudio pacientes con indicación de histerectomía por patología uterina benigna, lesiones preinvasoras de cuello uterino y adenocarcinoma de endometrio en estadios iniciales (IA G1). Fueron excluidas del estudio pacientes con: prolapso apical de órganos pélvicos, tumoraciones anexiales con sospecha de malignidad, úteros poco móviles y fondo de saco de Douglas obliterado por síndrome adherencial severo por antecedente de endometriosis, enfermedad

inflamatoria pélvica, múltiples intervenciones quirúrgicas, etc.

Previo consentimiento informado, las pacientes fueron hospitalizadas y bajo anestesia peridural o espinal se les realizó histerectomía vaginal aplicando la técnica quirúrgica de Heaney y técnicas de morcelamiento uterino en aquellos casos que lo ameritaran. Se indicaron antibióticos profilácticos antes y después de la cirugía (3 dosis) y analgésicos en el postoperatorio.

Se evaluaron las siguientes variables: edad, paridad, indicación de histerectomía, diagnósticos asociados, intervenciones abdomino-pélvicas previas, POP-Q (cuantificación del prolapso de órganos pélvicos), tipo de anestesia, duración de la cirugía, procedimientos quirúrgicos concomitantes, presencia de adherencias, necesidad de técnicas de morcelamiento, peso uterino determinado una vez extraída la pieza quirúrgica, pérdidas hemáticas determinadas en quirófano en conjunto con el equipo de anestesia, hemoglobina pre y posoperatoria (6 horas), necesidad de hemoderivados, necesidad de conversión a laparotomía, intensidad del dolor de acuerdo a la escala visual análoga del dolor (EVA) a las 24 horas, días de hospitalización, complicaciones: intraoperatorias, postoperatorias inmediatas y tardías, con un seguimiento postoperatorio mínimo de 12 meses (15 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 12 meses, anual).

RESULTADOS

Sesenta y cinco pacientes fueron incluidas en el estudio; 3 pacientes fueron excluidas por dificultades en el seguimiento, para una población total de 62 pacientes, con un seguimiento mínimo de 12 meses posteriores a la cirugía. Treinta y cinco por ciento tuvieron un seguimiento de 2 años, 14,5 % 4 años y 6,4 % 5 años. La edad de las pacientes osciló entre 34 y 75 años, con un promedio de 47 años. En relación a la paridad, 38,7 % eran nulíparas (solo habían tenido cesáreas previas), 12,8 % tenían 1 parto previo, 17,7 % dos partos, 20,4 % 3 partos y el resto (10,4 %), 4 o más partos previos. Casi la mitad de las pacientes (49,1 %) tenían alguna cirugía previa, siendo la más frecuente cesárea (8,1 % 2 cesáreas y 4,9 % 1 cesárea anterior), seguida de apendicectomía. Resalta un caso con 3 cesáreas anteriores (Tabla 1). Aproximadamente,

Tabla 1
Intervenciones previas

Intervenciones	Número	%
Cesáreas anteriores	8	12,9
3 cesáreas	1	1,6
2 cesáreas anteriores	4	6,5
1 cesárea	3	4,8
Apendicectomía	4	6,5
Colecistectomía	3	4,8
Cura de prolapso e IUE*	2	3,2
Salpingectomía	2	3,2
Esterilización laparoscópica	2	3,2
Hernioplastia inguinal	2	3,2
Colporrafia anterior	1	1,6
Miomectomía	1	1,6
Cura de eventración	1	1,6
Otras (legrado uterino, fistulectomía perianal)	4	6,5
Sin intervención	35	56,4

*IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.

la mitad de las pacientes (52 %) tenían una patología asociada, constituyendo el prolapso del compartimiento anterior estadio II y la incontinencia urinaria de esfuerzo los más encontrados (Tabla 2). La indicación quirúrgica más frecuente fue miomatosis uterina (87,1 %), seguida de lesiones intraepiteliales de alto grado (la mayoría carcinoma in situ) de cuello uterino (6,4 %) y se incluyó un caso con adenocarcinoma de endometrio estadio IA G1 (Tabla 3).

El tipo de anestesia utilizada fue raquídea en 56 % de los casos, seguida de peridural en 22 % de las pacientes y general en 21 %. Del total de pacientes intervenidas, 59,4 % ameritó alguna cirugía asociada; las más frecuentes fueron colpoperineoplastia y uretrocistopexia con cincha suburetral libre de tensión transobturatriz (14,4 %) (Tabla 4). Se realizó culdoplastia de McCall en 3,2 % de las pacientes, como técnica preventiva para prolapso de compartimiento apical, por considerarse,

HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTERO NO PROLAPSADO:
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Tabla 2
Diagnósticos asociados

Diagnóstico	Número	%
POP* compartimiento anterior	7	11,3
IUE**	7	11,3
POP* compartimiento anterior, posterior e IUE**	5	8,1
Hipertensión arterial	5	8,1
POP* compartimiento posterior	1	1,6
Síndrome de vejiga hiperactiva	1	1,6
Tumor de ovario derecho	1	1,6
Quiste de Bartolino	1	1,6
Diabetes mellitus	1	1,6
Bocio hipofuncionante	1	1,6
Ninguno	32	51,6

*POP: Prolapso de órganos pélvicos, **IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tabla 3
Indicación de histerectomía

Indicación	Número	%
Miomatosis	53	85,5
Lesiones intraepiteliales de alto grado	4	6,4
Pólipo endometrial	2	3,2
Hiperplasia compleja con atipias	1	1,6
Hiperplasia simple con atipias	1	1,6
Adenocarcinoma de endometrio	1	1,6

Tabla 4
Intervenciones asociadas

Intervención	Número	%
Uretrocistopexia con cincha transobturatriz	9	14,4
Colpoperineoplastia	9	14,4
Colporrafia anterior	5	8,1
Colporrafia posterior	5	8,1
Prolift anterior	4	6,4
Culdoplastia de McCall	2	3,2
Uretrocistopexia con cincha retropúbica	1	1,6
Enucleación de quiste de Bartolino	1	1,6
Ooforectomía derecha	1	1,6

durante la cirugía, que tenían riesgo elevado para prolapso de este compartimiento a futuro. Se realizó cura de prolapso de compartimiento anterior o posterior con técnica clásica en 16,2 % de los casos, y con material protésico tipo Prolift® anterior (Gynecare/Ethicon, Somerville, NJ), en 6,4 % de las pacientes. A la paciente con diagnóstico asociado de tumor quístico multilocular de ovario derecho se le realizó ooforectomía derecha después de sacar la pieza, sin dificultad. El quiste medía 5 cms y la biopsia peroperatoria informó benignidad.

El peso uterino promedio fue de 345,9 gramos, con un rango de 30 a 2000 g. En 64,5 % de las pacientes se realizaron técnicas de morcelamiento, como amputación cervical, hemisección uterina, resección uterina en cuña y enucleación de miomas. Se evidenciaron adherencias en 14 % de los casos. El tiempo operatorio promedio fue de 65 minutos. El promedio de pérdida hemática intraoperatoria fue de 300,8 ml; resaltan 11 casos con 50 cc de pérdidas y 14 casos con 100 cc. El descenso promedio de los valores de hemoglobina a las 6 horas de post operatorio fue de 1,8 g/dl y en 96,8 % de los casos no hubo necesidad de utilizar hemoderivados. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 1 día en 77,4 % de los casos y destaca un caso ambulatorio

con evolución satisfactoria. La intensidad del dolor postoperatorio fue evaluada a las 24 horas utilizando la EVA del dolor, obteniéndose en 53,2 % valores de 0 a 1 y ningún caso con puntaje mayor a 6 (Tabla 5).

En relación a las complicaciones intraoperatorias, dos pacientes presentaron sangrado intraoperatorio abundante, ameritando conversión a laparotomía en 1 de ellas. En un caso se produjo una lesión incidental de vejiga que se reparó sin complicaciones (Tabla 6). En cuanto a las complicaciones postoperatorias, un caso presentó retención urinaria asociada a la uretrocistopexia con cincha que se realizó en un segundo tiempo quirúrgico. Hubo 2 casos con hematoma de cúpula vaginal, resueltos espontáneamente. La infección urinaria baja se presentó en el 6,5 % de las pacientes, con evolución satisfactoria posterior al uso de antibioticoterapia. Una paciente presentó prolapso de cúpula vaginal al año de seguimiento.

Tabla 5.
Intensidad del dolor postoperatorio.

Escala visual análoga	Número	%
0	17	27,4
1	16	25,8
2	11	17,7
3	10	16,1
4	1	1,6
5	4	6,5
6	3	4,8

Tabla 6.
Complicaciones intraoperatorias.

Complicación	Número	%
Hemorragia	2	3,2
Lesión incidental de vejiga	1	1,6
Ninguna	59	95,2

Tabla 7.
Complicaciones postoperatorias

Complicación	Número	%
Infección urinaria	4	6,5
Hematoma de cúpula	2	3,2
Retención urinaria	1	1,6
POP* compartimiento apical	1	1,6
Ninguna	54	87

*POP: Prolapso de órganos pélvicos

DISCUSIÓN

La edad promedio fue de 47 años, lo que corresponde con lo reportado por varios autores (8, 16, 17), quienes señalan que el promedio de edad osciló entre 40 - 45 años. Un porcentaje importante de pacientes no tenía antecedentes de parto vaginal (38,7 %) y se les realizó la histerectomía sin problemas; esto confirma el hecho de que esta cirugía no está contraindicada en pacientes nulíparas. En relación a los antecedentes quirúrgicos, 49,9 % de los casos tenía alguna cirugía previa, incluyendo un caso con 3 cesáreas anteriores, similar a lo encontrado por Figueiredo y col. (13), en cuyo estudio 48,7 % de las pacientes tenían cirugías previas, pero a diferencia de lo ocurrido con el estudio de Millán y col. (8), quienes reportaron valores más bajos (33 %), probablemente por el tamaño de su muestra, ya que a medida que esta aumenta se adquiere más confianza y experiencia con la técnica. El hecho de que casi la mitad de las pacientes tenían cirugías previas, incluyendo 2 y 3 cesáreas anteriores, derrumba el mito sobre la imposibilidad de realizar este tipo de cirugía en pacientes con intervenciones previas. Ciertamente, en estos casos el cirujano debe ser más cauteloso por la posibilidad de síndrome adherencial y el consecuente aumento del riesgo de lesión de los órganos involucrados, pero no se contraindica la vía vaginal para la histerectomía.

El 52 % de las pacientes tenían otras patologías asociadas, la más frecuente fue prolapso de compartimiento anterior e incontinencia urinaria de esfuerzo, cónsono con lo observado por Correa y col. (17), quienes reportan defectos del compartimiento anterior, posterior e incontinencia urinaria de esfuerzo en porcentajes similares en su población de estudio.

HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTERO NO PROLAPSADO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

La indicación quirúrgica más frecuente fue miomatosis uterina, lo cual coincide con diferentes estudios, entre ellos Rodríguez y col. (18), Gollop y col. (19) y Millán y col. (8). Se resalta un caso de adenocarcinoma de endometrio estadio IA G1, con evolución satisfactoria. La vía vaginal constituye una alternativa para casos de adenocarcinoma de endometrio en estadios iniciales y, si se cuenta con el recurso de laparoscopia, se puede realizar incluso en estadios más avanzados, añadiendo la linfadenectomía laparoscópica tal como lo demuestra el estudio de Nitschmann y col. (20). En estos casos, similar a la vía abdominal, la cirugía mínima debe incluir la ooforosalingectomía bilateral (OSB). En este caso, se trataba de una paciente con obesidad grado III, que se vio favorecida por la elección de esta vía y la OSB se realizó sin dificultad. El estudio peroperatorio de la pieza quirúrgica confirmó el estadio inicial, por lo que no se requirió linfadenectomía.

El 59,4 % de las pacientes ameritó alguna cirugía asociada, la más realizada fue uretrocistopexia, utilizando una cincha suburetral libre de tensión tipo transobturatriz en 14,4 %, resultado similar a lo reportado por Gollop y col. (19), quienes realizaron uretrocistopexia con la técnica antes mencionada al 10 % de sus casos. En la paciente del tumor de ovario derecho, la ooforectomía se realizó sin ninguna dificultad y se confirmó histología benigna en la biopsia peroperatoria. Benassi y col. (21), reportan en su estudio la realización de OSB en 63 % de los casos. Esto se explica porque en la institución donde se realizó el estudio tienen como protocolo realizar este procedimiento a toda paciente mayor a 45 años. En el caso de adenocarcinoma de endometrio, la OSB también se realizó sin problemas. Esta es evidencia suficiente para disminuir el temor a la dificultad de realizar ooforectomía vía vaginal.

El peso uterino promedio fue 345 gramos, similar a lo descrito por Benassi y col (21), quienes reportaron como promedio 380 gramos; por el contrario, Millán y col (8) y Sotero y col (11) reportan pesos más bajos. En este estudio, el peso máximo uterino fue de 2000 g. Esto demuestra que el volumen uterino no es una limitante absoluta a la hora de elegir la vía vaginal. La recomendación es entrenarse en esta técnica escogiendo casos con úteros pequeños al principio y, una vez que se desarrolle la curva de aprendizaje, ir seleccionando casos con úteros más voluminosos. Para la extracción de

úteros de mayor volumen es indispensable conocer y dominar las técnicas de morcelamiento. En esta serie de casos, se realizó morcelamiento en más de la mitad de las pacientes; las técnicas más utilizadas fueron la amputación cervical, hemisección uterina, resección en cuña y enucleación de miomas, comparable a lo registrado por otros autores (8, 13, 19, 21).

El tiempo operatorio fue de 65 min, cónsono con lo reportado por Millán y col. (8), y Carmona y col. (22), pero mayor al establecido por Figuereido y col. (13) y Correa y col. (17). Es importante mencionar que las cirugías en esta muestra fueron realizadas por personal médico en formación y el mayor porcentaje de los casos ameritó algún tipo de técnica de morcelamiento; además, forma parte del protocolo del servicio realizar salpingectomía total bilateral a todas las pacientes como prevención de cáncer epitelial de ovario.

El descenso promedio de la hemoglobina a las 6 horas de postoperatorio fue de 1,8 g/dl, similar a lo observado por Gollop y col. (19), quienes evidenciaron un descenso promedio de 1,4 g/dl. Llama la atención que en 11 casos (17,7 %), la pérdida hemática fue de tan solo 50 cc y en 14 (22,5 %) de 100 cc.

La estancia hospitalaria fue de 24 horas en 77,4 % de los casos, comparable con la mayoría de los estudios (8, 13, 18, 23), pero mucho menor que lo reportado por Benassi y col. (21), quienes reportaron una estancia hospitalaria promedio de 3 días, probablemente por protocolo de la institución donde realizaron las cirugías.

El dolor a las 24 horas del postoperatorio fue muy bajo. Aproximadamente la mitad de las pacientes señalaron que tenían dolor ausente o muy leve (0 o 1 según la EVA) y ningún caso refirió dolor superior a 6, similar a lo observado por Carmona y col. (22) y Figuereido y col. (13), quienes, a pesar de no utilizar la EVA del dolor, reportaron niveles muy bajos de dolor postoperatorio. Esta es una de las grandes ventajas de esta intervención. La recuperación de las pacientes es muy rápida y con muy poco dolor.

En relación a las complicaciones, se presentaron 2 casos con sangrado abundante intraoperatorio, ameritando en uno de ellos hemoderivados y conversión a vía abdominal, debido a dificultad para continuar la

cirugía vía vaginal por múltiples adherencias. En una paciente ocurrió una lesión incidental de vejiga que se suturó y se le dejó drenaje continuo por 14 días sin complicaciones. Estas 3 complicaciones representan 4,8 % de la población de estudio, resultados muy similares a los reportados por otros autores (8, 13, 19). Dentro de las complicaciones postoperatorias, hubo 2 casos de hematoma de cúpula que se resolvieron espontáneamente, 1 caso de retención urinaria, no asociado a la histerectomía sino a la colocación de cincha, que se resolvió espontáneamente a las 48 horas y varios casos de infecciones urinarias bajas, resultados similares a otras investigaciones (8, 13, 19). Una paciente (1,6 %), presentó prolapso apical (cúpula vaginal) al año de seguimiento. Esto difiere del estudio de Agdi y col. (24), quienes obtuvieron una incidencia de 0,14 % y una aparición promedio de 11 años posterior a la cirugía. Es bien conocido que la histerectomía, independientemente de la vía de abordaje, constituye un factor de riesgo para prolapso de órganos pélvicos. La técnica de Heaney para histerectomía vaginal, respeta la inserción de los ligamentos cardinales y útero sacros, por lo que el nivel I de De Lancey permanece indemne. Sin embargo, esto no evita, en 100 % de los casos, el prolapso de la cúpula en vista del origen multifactorial del mismo.

En conclusión, la histerectomía vaginal en ausencia de prolapso uterino es una técnica de primera elección que cuenta con múltiples ventajas, dentro de las que se pueden destacar: menor tiempo quirúrgico y pérdidas hemáticas, tiempo de recuperación y estancia hospitalaria más cortos, poco dolor postoperatorio, no deja cicatrices visibles y tiene pocas complicaciones. Es una vía de abordaje con pocas limitantes como lo demuestra el hecho de que 99 % de los procedimientos terminaron vía vaginal, incluso en un caso con peso uterino de 2000 g. Es una técnica segura y altamente reproducible que debería ser la primera opción de abordaje en casos de histerectomía realizadas por cirujanos ginecólogos.

REFERENCIAS

1. Vessey M, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992; 99 (5): 402 - 407.
2. Lepine L, Hillis S, Marchbanks P, Koonin L, Morrow B, Kieke B, *et al.* Hysterectomy surveillance- United States 1980-1993. *MMWR CDC Surveill Summ.* 1997; 46 (4): 1-15.
3. Graves E, Kozak L. National hospital discharge survey: Annual summary, 1996. *Vital Health Stat* 13. 1999; (140): 1-46.
4. Clinch J. Length of hospital stay after vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101 (3): 253 - 254.
5. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Abordajes quirúrgicos de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Stovall T, Summitt R, Bran D, Ling F. Outpatient vaginal hysterectomy: a pilot study. *Obstet Gynecol.* 1992; 80 (1): 145 - 149.
7. Traoré M, Togo A, Traoré Y, Dembélé BT, Diakité I, Traoré SO, *et al.* Hysterectomy: Indications and advantages of the vaginal route. *Med Trop (Mars).* 2011; 71 (6): 636 - 637.
8. Millán A, Serrao A. Histerectomía vaginal en ausencia de histerocele. *RFM.* 2007; 30 (1): 18 - 23.
9. Engh ME, Hauso W. Vaginal hysterectomy, an outpatient procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91 (11): 1293 - 1299
10. Mathieu A. History of hysterectomy. *West J Surg Obstet Gynecol.* 1934; 42:2.
11. Sotero GA, Sosa CG, Domínguez A, Martínez J, Yovarone R, Laborde A. La histerectomía vaginal en útero no prolapsado: una vieja “nueva” opción. *Arch Gin Obstet.* 2002; 40: 30 - 37.
12. Salcedo FL. Vaginal hysterectomy in non-prolapsed uteruses: “no scar hysterectomy”. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Diysfunct.* 2009; 20 (9): 1009 - 1012.
13. Figueiredo Netto O, Figueiredo O. Histeretomia vaginal em uteros grandes: vantagens, selecao de pacientes e tecnicas de morcelamiento. *Femina.* 1990; 27:763 - 770
14. Figueiredo Netto O, Figueiredo O. Histerectomía vaginal novas perspectivas, 1st edn. Londrina-Brasil: Midiograf; 2002.
15. Grody MHT. Vaginal hysterectomy: the large uterus. *J Gynecol Surg.* 1989; 5: 301- 312
16. James B. Unger, MD, Rodney MD. Vaginal hysterectomy in women with history of previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179 (6): 1473 - 1478.
17. Correa JL, Tirado JA, Mejía JF, Tirado M, Gómez EA, Arango A. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011; 62 (1): 45-50

HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTERO NO PROLAPSADO:
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

18. Rodríguez O, Solís J, Oliva J, Pérez LA, Hernández H, Alaniz A, *et al.* Histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar en útero sin prolapso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008; 13 (1): 8-11.
19. Gollop TR, dos Santos A, Zabeu AG, Bianchi RF. Histerectomía vaginal em útero sem prolapso - experiência de 6 años. *Einstein (Sao Paulo)*. 2012; 10 (4): 462 - 465.
20. Nitschmann C, Multinu F, Bakkum-Gamez J, Langstraat C, Occhino J, Weaver AL, *et al.* Vaginal vs. robotic hysterectomy for patients with endometrial cancer: A comparison of outcomes and cost of care. *Gynecologic Oncology*. 2017; 145(3):555-561.
21. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT, Ricci L, Bedocchi L, Galanti B, *et al.* Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: A randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187 (6):1561-1565.
22. Carmona J. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2016;76 (1): 4-10
23. García M, Romero R. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Revista Cubana de Cirugía* 2011;50 (2): 155 – 163.
24. Agdi M, Al-Ghafri W, Antolin R, Arrington J, O’Kelley K, Thomson AJ, *et al.* Vaginal vault dehiscence after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009; 16 (3): 313 - 317.

Recibido el 10/8/2017

Aprobado el 30/11/2017