

DIRECTIVAS GENERALES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dr. ALFONSO GIAMPIETRO

Es evidente que en Ginecología operatoria un tema de interés es el que trata de las histerectomías, debido a que depende del criterio y concepto que tengamos para realizarlas por sus diversas vías de abordaje.

Por eso y tratándose de un tema de gran interés quirúrgico puntualizaremos cuáles son las indicaciones y mencionaremos las técnicas que podemos realizar, teniendo en cuenta el criterio que sustentamos desde el punto de vista ginecotológico.

La histerectomía o sea la extirpación del útero, ya sea ella parcial o total, puede ser abordado por la vía abdominal o por la vía vaginal. La primera se denomina la histerectomía abdominal y la otra la histerectomía vaginal.

Nos ocuparemos solamente de la histerectomía total y subtotal por vía abdominal, las otras técnicas operatorias serán tratadas por otro de los compañeros al hablar de cirugía conservadora; además hablaremos de la histerectomía vaginal, ya sea ella total y la operación de Spalding-Richardson que tiene precisas indicaciones que luego comentaremos.

Hay circunstancias en que el cirujano debe balancear cuál es la vía a emplear para resolver un problema pelviano teniendo en cuenta las condiciones sistémicas de la paciente a tratar.

Esto hace que frente a un problema de esta índole uno se incline ya sea por la vía abdominal o por la vía vaginal.

Es preciso para ello tener en cuenta el estado biológico —humoral— vitamínico y sistémico de cada paciente, que se somete al tratamiento quirúrgico, nos referimos en este caso en particular a las histerectomías.

Antes de dar las normas que consideramos apropiadas para ello, debemos decir que en el acto quirúrgico es tan importante el preoperatorio, la intervención en sí misma y el postoperatorio.

Del preoperatorio, tratándose de un Congreso de Cirugía, lo pasaremos por alto; sólo lo mencionaremos por algunos detalles al hablar de cirugía vaginal.

El postoperatorio dependerá de la resultancia que se obtuvo en el acto quirúrgico, siguiendo los principios generales de toda cirugía.

Es importante y nunca está demás insistir que es el conocimiento de algunos conceptos anatómoquirúrgicos los que tendremos que tener en cuenta para realizar las intervenciones, especialmente en nuestra charla sobre las histerectomías.

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

Nos referiremos a la histerectomía total y subtotal por vía abdominal.

CONCEPTOS ANATOMOQUIRURGICOS

El útero situado en el eje de la pelvis es el centro para todas las orientaciones clínicas y topográficas de la cirugía ginecológica.

Situado entre la vejiga adelante y el recto por detrás, tiene lateralmente en el ambiente subperitoneal como elementos fundamentales los vasos (arterias, venas, linfáticos y nervios).

Podemos decir que estos son hilios de la región que interesan fundamentalmente en las maniobras quirúrgicas.

Rodeado del peritoneo forman los fondos de saco véscico-uterino, el Douglas y lateralmente los alerones del ligamento redondo, trompa y ovario, de adelante atrás.

Por debajo de este peritoneo existe un tejido célulofibromuscular con algunas fibras elásticas adherido al cuello uterino y constituyendo varias estructuras ligamentosas; lateralmente en el ligamento ancho tenemos ligamento principal, transverso o de Mackenrodt.

Hacia atrás las estructuras fibromusculares casi siempre bien desarrolladas, los ligamentos úterosacros.

Adelante los tabiques génitopúbicos, menos nítidos.

Y además los ligamentos redondos que saliendo de la parte anterior del cuerno uterino se dirigen a la sínfisis púbica.

También es necesario recordar que las vísceras, situadas en la pelvis están en un plano mediano sagital y los elementos que llegan hacia ellas tienen un recorrido inicial parietal después del cual atraviesan la cavidad pelviana para llegar a las vísceras.

Estos elementos son arterias, venas, linfáticos, nervios y el uréter.

Es de hacer notar el volumen del elemento venoso y del tejido celular que son los que rigen la orientación de los elementos en planos de ubicación y vías de deslizamiento.

El útero continuándose con la vagina forma un ángulo de flexión anterior.

La unión de la vagina con el cuello uterino se hace adelante en la unión del tercio inferior con el tercio medio y atrás se

inserta por encima de ésta, de allí las diversas posiciones del cuello uterino con relación a la implantación de la vagina.

Esto trae la diferencia de los fondos de saco vaginales, interesando desde el punto de vista quirúrgico por la zona hiliar úterovaginal.

También debemos considerar los pedículos de la conjunción úterovaginal dispuestos en forma de dos tabiques gruesos, simétricos que tienen una dirección ligeramente oblicua de afuera adentro, de atrás adelante siguiendo el mismo plano que tiene la vagina.

Estos tabiques están formados por las venas uterinas y vaginales rama de la hipogástrica, el tejido celular, elemento nervioso y linfáticos.

El borde superior de estos tabiques corre la uterina con las venas satélites.

En el intersticio que forma la uterina y el borde superior del tabique pedicular se desliza el uréter que desciende de afuera adentro para llegar a la vejiga.

Este cruzamiento se efectúa a los 15 mm. por encima y por fuera del fondo de saco lateral, distancia que varía con la posición del útero (ya sea por desplazamiento lateral por elevación, por alteraciones del mismo).

Hay pues un plano (de deslizamiento) por el que desliza el uréter hacia la vejiga permitiendo la ligadura y sección aislada de las uterinas.

Si esta disección aislada es precedida de la disección roma de la uterina proseguida oblicuamente hacia adelante y adentro, levantando y aislando el alerón, permite seccionar a la vez en cierta extensión dicho tabique.

Señalamos que este despegamiento del alerón lleva al espacio véscovaginal, al cual desplaza situado por debajo de dicho septum.

No vamos a insistir en la noción anatómica de todos los elementos que consideramos fundamentales en esta cirugía, pero solamente mencionamos el valor de la arteria uterina y del uréter, como elementos importantes.

El conocimiento de la relación de la uterina con el uréter es, podemos afirmar, un punto de gran trascendencia en esta cirugía pélvica.

El uréter tiene una verdadera vaina de tejido celular aplicada a la hoja posterior del ligamento ancho, que hace sea posible separarla de la arteria uterina que tiene su alerón propio.

Corriendo por dentro y un poco por adelante de los vasos los pasa por detrás al nivel de 2 mm. aproximadamente del borde del cuello y a 1 ½ del fondo de saco vaginal a la altura del orificio interno del cuello del útero.

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

La *histerectomía* está indicada cuando existen causas uterinas o causas de origen anexial.

De las *causas de origen uterino* dejamos de lado los procesos como el cáncer del útero, el sarcoma o el corioepitelioma, etc., que sale del epígrafe de nuestro trabajo; las histerectomías por procesos benignos están indicadas en: miomatosis uterina, procesos de endometriosis, ciertas metropatías disfuncionales, el útero angioescleroso y la tuberculosis genital; y en algunas circunstancias en mujeres cerca de la menopausia que tienen un cuello enfermo y hay un proceso inflamatorio pelviano. Las indicaciones menos comunes: histerectomía postcesárea; en casos de apoplejía uterina; en algunos casos de piometra crónica, y en algunos casos de inversión crónica aquí dejamos de lado.

De las *causas de origen anexial*, también aquí dejamos de lado los procesos malignos del ovario y de la trompa. La indicación está condicionada al grado de inflamación crónica de los anexos, las endometriosis ováricas y salpinghianas y la tuberculosis.

En las mujeres que están en la menopausia y tienen un tumor ovárico. Es obvio insistir que frente a la anexectomía bilateral hay que hacer histerectomía.

Hemos enunciado que pasamos por alto la preparación de la paciente para la realización de una histerectomía; sin embargo queremos destacar la importancia de la limpieza del tractus vaginocervical antes de su realización; éste es efectuado con antisépticos de diversas maneras, en forma de pulverizaciones, taponamiento vaginal o como prefieren algunos suturando el cuello uterino con puntos para evitar el pasaje de las secreciones del útero (procedimiento que no utilizamos).

Queremos destacar que no corresponde plantear la preferencia o no entre la histerectomía subtotal o total (discusión de otra época); cada una de ellas tiene sus indicaciones o mejor dicho las indicaciones de la subtotal están condicionadas por la no realización técnica de la total.

La histerectomía total está indicada en los procesos malignos, en los casos en que existe además de una afección corporal una afección en el istmo o en el cuello uterino (cervicitis crónica, pólipos, miomas, etc.) y como elemento de profilaxis para evitar la cancerización del muñón (según estadística 1, 2, 3 y 4 %).

Como indicaciones de la subtotal, operación más sencilla, no corre riesgo el uréter, mantiene el elemento de sostén pelviano del cuello uterino, no acorta la vagina. Además se puede tratar el cuello del útero por otros recursos como es la conización por vía retrógrada.

Es evidente que en las mujeres obesas es muy fácil su realización.

TECNICAS DE LA HISTERECTOMIA TOTAL Y SUBTOTAL

En honor de los primeros cirujanos que hicieron histerectomía por mioma es que los mencionamos.

Es a *Heath* en el año 1843 que corresponde la realización de la histerectomía subtotal y a *Clay* el que practicó la histerectomía total en 1844 en Inglaterra.

No vamos a detallar las técnicas que se emplean, tanto en la subtotal como en la total, solamente las mencionamos. Estas son:

Entre las primeras:

- por decolación,
- la de Terrier (la más corrientemente empleada),
- el procedimiento de Howard A. Kelly, que es preciso tenerlo en cuenta como recurso importante en esas pelvis bloqueadas,
- el procedimiento de la histerectomía *por hemisección sagital* de Faure y Kelly, en ciertos casos hoy en día bastante excepcionales.

Entre las segundas debemos decir que es la extensión de estas técnicas con extirpación del cuello uterino:

- Second* aplica a la histerectomía total el procedimiento de Kelly;
- Richelot* abre de preferencia la vagina adelante;
- Dcyen* vascula el útero adelante y posteriormente hace la hemostasis.

No quiero dejar de expresar que el conocimiento de los aloreos de las uterinas facilitan en los casos de tumores del istmo o del cuello la extirpación del útero, sin riesgo para el uréter (Jaumandreu, 1952).

Y para terminar las consideraciones sobre la histerectomía abdominal diremos que son muy útiles los consejos expresados por Ball en su tratado, resumiéndolos en 29 principios quirúrgicos y refinamientos técnicos que es necesario tener en cuenta para la realización de la histerectomía.

HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL

Solamente haremos algunas consideraciones referente a la histerectomía por esta vía y a la operación de Spalding-Richardson. La histerectomía vaginal fue preconizada en Alemania al principio con Langenbeck en 1813.

Debemos decir que la vía vaginal, es una vía de abordaje que tiene procedimientos quirúrgicos bien reglados haciendo que la mayoría de las veces sea una operación fácil y segura.

CONSIDERACIONES ANATOMOQUIRURGICAS DE LA CIRUGIA VAGINAL

Ya nos hemos ocupado con el Dr. Febles Alfonzo sobre este tema * con respecto a la cirugía del prolapso, en la Clínica del Prof. Crottogini.

Referente a esta cirugía debemos destacar que existen algunos puntos a tener en cuenta en los diversos tiempos, de la realización de esta intervención.

Yendo de afuera hacia adentro debemos tener en cuenta la mucosa vaginal, la fascia vaginal, la fascia vesical, el espacio véscicovaginal, el septum supravaginal, es espacio véscicocervical y el peritoneo y en el fondo de saco posterior la cavidad abdominal se halla separada de la vagina por la pared del conducto y la serosa peritoneal que tapiza en una extensión de 20 a 25 mm.

Es necesario tenerlo en cuenta porque si no se realiza en el lugar oportuno podemos interesar vísceras o hacer una falsa ruta.

Veremos algunos detalles al mencionar los tiempos operatorios. Diremos aquí, como ya lo hemos dicho para la vía abdominal, la importancia del preoperatorio, de la técnica operatoria y el postoperatorio.

Los cuidados preoperatorios están dirigidos sea de orden general o de orden local.

De orden general: relacionados al ciclo genital, éstos será oportuno realizarlos de cuatro a seis días después de la menstruación u ocho a diez antes de la misma. Hay que tener en cuenta la profilaxis de las enfermedades infecciosas y todo lo relacionado con el estado general de la paciente (temperatura, pulso, presión, evacuación intestinal, exámenes de laboratorio y general de los diversos sistemas).

De orden local: cura de las lesiones locales, dermatopatías, intertrigo, forúnculos, impétigo, etc., ya sean ellos de la vulva, vagina y cuello uterino. Dos elementos fundamentales debemos considerar, uno la vagina como vía de acceso al útero, otro el útero como órgano, ya sea para ser extirpado o actuar sobre él.

A este respecto diremos las siguientes consideraciones.

Cuanto más estrecha es esta vía, menos distensible es la vagina, tanto mayores dificultades tendremos para realizar la intervención.

* "Actus Ginecotocológicas". Prof. Crottogini, IV V-VI, 46, 1962.

En cuanto al útero es preciso que sea móvil, pequeño, esto facilitará su extirpación y si él está descendido aún se hace más sencillo.

De manera concisa expondremos los siguientes tiempos de la misma:

En el primer tiempo de la intervención, o sea *la sección de la mucosa vaginal* que rodea el cuello uterino, no debe hacerse ni demasiado cerca del cuello, ni muy lejos del fondo de saco anterior; es decir, en donde la mucosa cambia de aspecto de los surcos transversales se hace lisa y brillante.

En el segundo tiempo, o sea *la apertura de la plica peritoneal vésicouterina*. Es en este tiempo que el conocimiento anatómico de los diversos planos que ya anunciamos deben tenerse presente especialmente los septum supravaginal y los ligamentos vésicouterinos que limitan lateralmente dicho espacio. M. Rodríguez López insiste en que cuando después de rechazar la vejiga y antes de abrir el fondo de saco vésicouterino se colocan los dos dedos índices y se separan excéntricamente; tiene el objetivo de dar más luz y retirar los uréteres.

El tercer tiempo es la apertura del fondo de saco de Douglas. Es en este tiempo que debemos tener presente la disposición topográfica del fondo de saco posterior que llega a 20-25 mm. por debajo del cuello lo que hace que la incisión debe hacerse más o menos a los 10 mm. del cuello para caer en el Douglas.

El cuarto tiempo es la ligadura y sección de los parametrios. Esto se puede hacer en dos o tres etapas teniendo en cuenta el grosor de los mismos, pero es el conocimiento de la disposición de las uterinas y del uréter que debemos tener presente para efectuar la ligadura de los vasos. Ya lo hemos visto al hablar de la histerectomía abdominal.

El quinto tiempo es la luxación del útero a la vagina. Es necesario para ello el conocimiento exacto y minucioso de los órganos genitales y su disposición; ésta puede hacerse con ganchos, erinas, poniendo puntos, con la mano, pero es conveniente armonizar los diámetros para una acomodación adecuada y efectuar maniobras suaves.

El recurso, en caso de no existir la adecuación de la vía para la extirpación del órgano, es el "morcellement" del útero.

El sexto, séptimo y octavo tiempos consiste en *la ligadura de los pedículos vasculares* que dependerá del abordaje del útero efectuado de abajo arriba o de arriba a abajo. En general es conveniente hacerlo de acuerdo a cada caso de la manera más fácil.

El noveno tiempo es el cierre del peritoneo efectuado ya sea en jareta o afrontando los bordes anterior y posterior, teniendo cuidado la comisura del mismo.

El décimo tiempo es la colocación por vía extraperitoneal de los ligamentos uterinos. Aquí hay diversidad de técnicas que mencionaremos.

Es conveniente decir que los riesgos que se producen en esta operación son en general relacionados con las indicaciones y contraindicaciones, las ligaduras de los pedículos y las maniobras operatorias efectuadas con brusquedad.

VARIEDADES DE TÉCNICAS

La técnica de la Mayo Clínica: sutura los ligamentos anchos uno al otro adosándolos en superficie.

Campbell, del Hospital General de Montreal, sutura los ligamentos úterosacros a la fascia pubocervical.

Ward emplea como *Campbell* los ligamentos úterosacros y además los ligamentos anchos y después los solidariza entre sí y los amarra al periosto del pubis.

Otros procedimientos como los de Doyen o de Muller Quenu o mismo el de Legueu, recursos de excepción en esta época de la cirugía vaginal si se tiene en cuenta las indicaciones y contraindicaciones que mencionamos.

INDICACIONES

Debe realizarse en condiciones clínicas bien definidas:

- La técnica debe adaptarse a la paciente.
- Operador bien entrenado.
- Diagnóstico lo más correcto posible valorizando la lesión fundamental.
- Deben existir condiciones biológicas, trofismo y amplitud vaginal, fisiopatológicas; y medios de suspensión.
- Se empleará en tumores uterinos no mayor a un embarazo de tres meses y que no exija gran "morcellement".
- Puede emplearse como técnica asociada a la corrección del prolapso pélvico; sin embargo está indicada cuando existen lesiones uterinas, miomas, endometriosis, algunas metropatías disfuncionales, útero angioescleroso, adenomas endocervicales, metritis cervicales crónicas y epiteloma de cuerpo uterino con gran prolapso, o en el epiteloma grado 0 del cervix en el cual existe un prolapso importante.

CONTRAINDICACIONES

De las consideraciones precedentes se desprende que no debe efectuarse la histerectomía vaginal cuando:

- a) existe inseguridad en el diagnóstico;
- b) útero de volumen muy grande;
- c) no ser accesible por insuficiente relajación pelviana;
- d) por existir adherencias o procesos inflamatorios o enfermedad anexial fija; existencia de lesiones parametriales crónicas, particularmente si los parametrios han sufrido procesos de retracción;
- e) en tumores malignos del útero;
- f) en caso de operaciones anteriores.

Las ventajas de esta vía son:

Se tolera bien y provoca escaso shock; permite utilizarlas en enfermos graves, con riesgos operatorios, obesas, diabéticas o cardiopatías descompensadas.

Las complicaciones intraoperatorias son mínimas con técnicas correctas y respetando indicaciones.

Mortalidad pequeña.

Permite ser completada por plástica vaginal. No deja cicatriz abdominal ni expone a eventraciones.

El postoperatorio en la cirugía vaginal es mejor tolerado que en la cirugía abdominal. Esto no significa que puedan existir complicaciones postoperatorias de grado variable, en general benignas que pueden ser inmediatas o alejadas.

Las inmediatas son hemorragias leves, hematomas pélvicos, inflamaciones locales (infrecuentes). Complicaciones urinarias como retención de orina y flebotrombosis.

Las alejadas pueden aparecer desde el alta hasta muchos años después de operadas. Ellas pueden ser enterocele o hernia a través de la bóveda vaginal, a veces cistocele, muy raro la evisceración. Hemorragias de la cicatriz operatoria por un granuloma, pólipo o nódulo neoplásico implantado a ese nivel. Se han observado hemorragia espontánea o por coito y dispareunia especialmente cuando se hace plásticas complementarias.

OPERACION DE SPALDING-RICHARDSON

Así denominamos esta operación basándonos en los trabajos de los autores, que si uno de ellos tiene prioridad, como es el de Alfred Barker Spalding (1919), el de Edward H. Richardson (1937), tiene el mérito de su divulgación. Apoya esta denominación Te Linde.

Esta es una cirugía algo más especializada y es necesario para su realización conocer perfectamente la vía vaginal, lo mismo que las técnicas que se emplean por esta vía.

El fundamento de la intervención está basado en la extirpación del cuello uterino, la del cuerpo dejando el istmo irrigado por las uterinas.

Podremos decir que es una combinación de diversas técnicas de prolapso.

En la Clínica que dirige el Prof. Crottogini, está incorporada desde hace ya muchos años entre las operaciones de corrección del prolapso.

Dejando de lado las indicaciones del prolapso general, diremos que las indicaciones de ésta están basadas en lo siguiente:

1º) Se empleará cuando sea necesario resolver en un tiempo por vía vaginal un prolapso genital, una lesión de cuello uterino y una lesión asociada del cuerpo uterino o los anexos.

2º) Debemos tener en cuenta que el prolapso sea importante y la lesión asociada menor.

3º) Que exista una vía vaginal lo suficientemente amplia para que se puedan efectuar maniobras de extirpación.

4º) Que no existan en el proceso asociado elementos que dificulten la exteriorización.

5º) Que la enferma presente un estado biológico y humoral suficientemente bueno para efectuar una intervención que lleva un tiempo largo y algo shockante por las tracciones.

6º) Que en el balance del estado general y local de la paciente, uno pueda inclinarse a que es más conveniente para la enferma realizar en un solo tiempo operatorio y no en dos, como sería el caso de efectuar la intervención por vía vaginal y luego por vía abdominal, en un solo acto quirúrgico o en dos.

LAS CONTRAINDICACIONES

Surgen de lo que hemos dicho:

- a) prolapso pequeño, lesión asociada grande;
- b) adherencias del proceso asociado que dificulten su exteriorización;
- c) vía vaginal estrecha;
- d) cicatrices operatorias anteriores;
- e) enfermas de mucha edad.

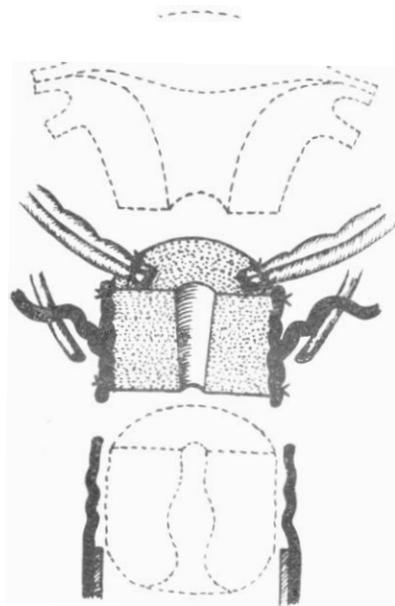


Fig. 1. Esquema conceptual de la operación de Spalding Richardson.

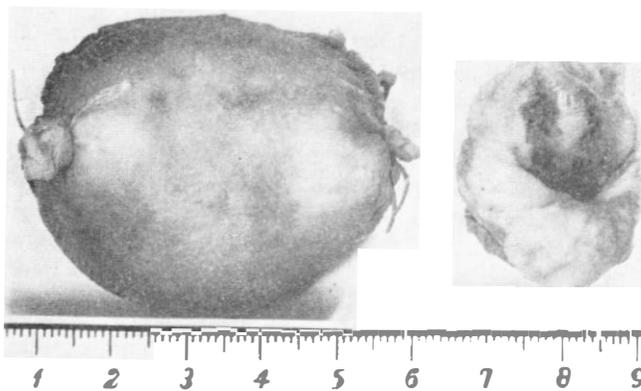


Fig. 2.—Pieza extirpada.

Terminaremos diciendo que hemos tratado de manera sintética las indicaciones y contraindicaciones que surgen de las operaciones sobre el útero, refiriéndonos especialmente a las histerectomías por vía abdominal y vaginal.

La escasez del tiempo hace que pasemos por alto muchos detalles que rigen el manejo de estas intervenciones.