

RIESGOS INMEDIATOS EN LAS HISTERECTOMIAS TOTALES

*Dr. CIRO A. JAUMANDREU **

Con la evolución de los conocimientos y recursos médicos se han ido extendiendo las indicaciones de la histerectomía total con directivas curativas y profilácticas y es evidente que en la actualidad no se discute que frente a la necesidad de extirpación del útero, por cualquier causa, ella debe ser total.

Si bien es cierto que dicha afirmación no puede ser controvertida, no es menos cierto que las dificultades técnicas y riesgos de la histerectomía total frente a la subtotal son mayores.

Sin embargo, por el imperativo de las indicaciones de las histerectomías totales, dichos riesgos se han ido estudiando y venciendo paulatinamente llegando, en el momento actual, a la situación de que en los centros ginecológicos de todo el mundo se efectúan histerectomías subtotales en porcentajes muy bajos y se realizan en casos de dificultades técnicas muy grandes; por otra parte, la morbilidad y mortalidad han llegado casi a igualarse en ambos tipos de histerectomías.

Los ginecólogos, en conocimiento de dichos hechos, así como de los problemas de profilaxis del cáncer del cuello y la patología del cuello residual, debemos:

- 1º) Pregonar la histerectomía total.
- 2º) Hacer conocer los riesgos y los métodos para su solución.

Hoy nos ocuparemos de ello.

Dejando de lado los riesgos dependientes de la biología general del paciente, así como los quirúrgicos en el orden general, nos ocuparemos de los riesgos quirúrgicos intrínsecos de la histerectomía total, tanto dependiente de los cuidados preoperatorios, como de los cuidados técnicos generales, de los cuidados particulares a la patología asociada y de los cuidados postoperatorios particulares a las histerectomías.

* Profesor y Director de la Clínica Ginecoecológica "A". Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

Las consecuencias de las fallas de estos cuidados pueden ser resumidas en:

- I) Infección.
- II) Hemorragia.
- III) Injuria o lesión visceral.
- IV) Riesgos especiales en las situaciones complejas, constituidas por los tumores incluidos en el ligamento ancho.
- V) Riesgos en los miomas supravaginales del cuello uterino y de región ístmica.
- VI) Soluciones a las limitaciones de extirpación total.

I) LA INFECCIÓN es uno de los grandes peligros en las histerectomías y su profilaxis debe sustentarse en:

1º) *La desinfección previa vaginal perfecta*: Es así que siempre que sea posible debe hacerse examen de exudado vaginal y cultivos de las secreciones cervicales con identificación de gérmenes y sensibilidad a los antibióticos.

Siempre tratar la moniliasis y tricomoniasis vaginal.

Siempre desinfección vaginal previa con antisépticos y óvulos con sulfa y antibióticos apropiados.

En suma, tratamiento de la infección con todos los medios a nuestro alcance: antisépticos, sulfas, antibióticos y si es necesario autovacuna.

2º) Efectuar buena hemostasis evitando hematomas subperitoneales y dejando drenaje del subperitoneo por vagina cuando se dude de ella.

3º) Aislamiento y protección cuidadosa cuando se manejan lesiones supuradas o heridas intestinales.

4º) Desinfección intestinal preoperatoria con derivados bacteriostáticos y antibióticos en casos que haya posibilidad de tener que tratar procesos adherenciales residuales que puedan provocar efracciones intestinales.

5º) Antibióticos con fines profilácticos en el lecho subperitoneal y en la cavidad peritoneal.

6º) Drenaje por vagina de la cavidad peritoneal en caso de abertura de procesos supurados o de contaminación evidente.

7º) Eliminación o desinfección constante del instrumental con el cual se ha manejado o incindido vagina.

8º) Desinfección diaria repetida de la vagina con irrigaciones antisépticas desde las 24 horas en que se retira la mecha vaginal y los drenajes.

II) LOS RIESGOS DE HEMORRAGIA.—Estos riesgos están en:

1º) La ligadura de grandes pedículos. 2º) En la hemostasis de las secciones viscerales y tejido celular. 3º) En la hemostasis de elementos arteriales y venosos aislados.

1º) *En los grandes pedículos, es decir: ligamento redondo, pedículo de las uterinas y pedículo lumboovárico o útero ovárico (según se haga o no anexectomía); el cuidado fundamental es su perfecta individualización, su doble ligadura hemostática sin puntos transfixiantes.*

2º) *En la hemostasis de la sección vaginal y del tejido celular es necesario señalar que tanto para colpos como ligamentos uterosacros deben ser perfectamente suturados y en cuanto a las arteriolas sangrantes de la vagina deben ser individualmente ligadas con puntos de sutura transfixiantes de la perivagina; no se debe utilizar surget de cierre de la cúpula vaginal, pues puede ello ser causa de hemorragia inmediata o tardía.*

3º) *La hemostasis de los elementos arteriales y venosos que sangran aisladamente en cualquier sector, deben ser cuidadosamente pinzados y hemostasiados con puntos separados.*

III) **LOS RIESGOS DE INJURIA VISCERAL.**— Los órganos que corren riesgos de injuria son: *vejiga, uréter e intestino* (asas delgadas y rectosigmoide).

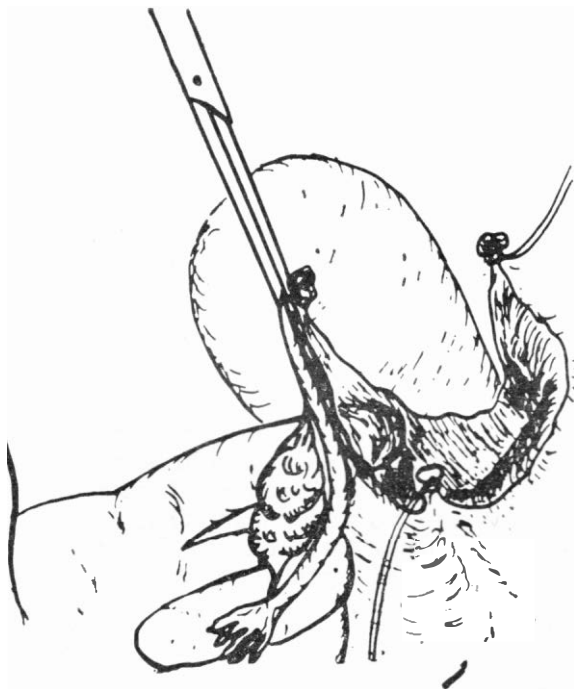


Fig. 1.— Determinación digital del espacio avascular del ligamento ancho de atrás hacia adelante.

1º) *La vejiga* corre riesgos en dos momentos del acto operatorio: a) Al abrir el peritoneo parietal en los casos de gruesas tumoraciones pelvianas, fundamentalmente las enclavadas en el Douglas, que elevan el útero y vejiga; o los grandes miomas del cuello o región ístmica; dicho riesgo se obvia localizando la vejiga

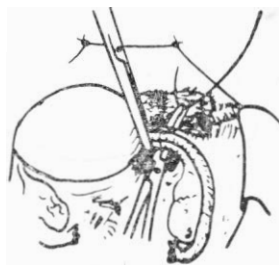
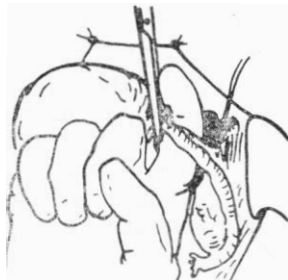


Fig. 2.—Se ha perforado el espacio avascular del ligamento ancho; arriba con el dedo; abajo con un pasahilo.

antes de incidir el peritoneo o abriendo a ésta en la parte alta de la incisión parietal. b) En el momento de su decolamiento, una vez abierto el peritoneo del fondo del saco vesicouterino.

La vejiga corre riesgo especialmente en casos de que este órgano tenga paredes muy finas, como lo hemos visto, o en casos en los cuales se han creado adherencias firmes al cuello y pared anterior de fondo de saco vaginal anterior.

Sucede ello en casos raros en que ha existido un proceso inflamatorio crónico en el fondo de saco vesicouterino; en casos de intervenciones anteriores en dicha zona, como cesáreas, miomectomas, etc.; en casos de reparaciones plásticas vesicogenitales; en casos que se ha realizado peritonización por el procedimiento de Pestalozza; en casos con procesos miomatosos o adenomiomatosos de la región ístmica y aun en los tumores incluidos en el ligamento ancho, especialmente a evolución anterior.

Dichos riesgos se pueden evitar comenzando el decolamiento suave y la disección rasante al útero y fundamentalmente cortando la fasce precervical y buscando su plano de decolamiento.

En casos de firme adherencia hacer hemisección anterior del cuello e incisión anterior en pleno cuello para separarlo de vejiga

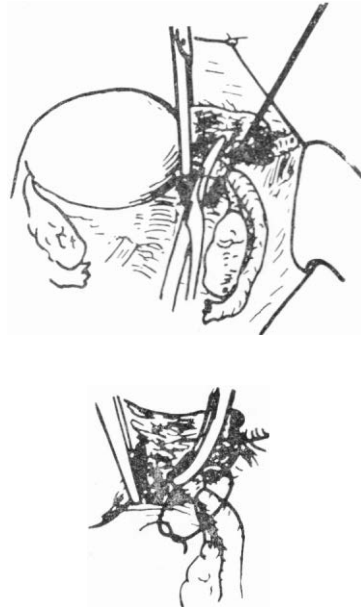


Fig. 3.— Arriba: se ha ligado, por dentro del ovario, la trompa y ligamento uteroovárico para conservar el anexo y se está cortando el pedículo. Abajo: se efectúa una segunda ligadura del pedículo.

y vagina; si es necesario histerectomía subtotal con totalización subsecuente como veremos.

Otro momento de riesgo es el de la sutura de la brecha vaginal, que se evita con buena referencia de los bordes vaginales.

2º) *El riesgo ureteral* es probablemente el más corriente y al que más se teme.

Este riesgo se acrecienta y lleva frecuentemente a su injuria en casos de: a) anomalías ureterales, etc.; b) desplazamiento por retracción o invasión de tejidos circundantes; c) desplazamiento por tumores; y d) inconveniencias o errores técnicos.

a) *Las anomalías* no es necesario señalarlas y se comprenden.

b) *Los desplazamientos por retracción o invasión tisular* se ve: en casos de parametritis crónicas inflamatorias o en invasión neoplásica que lo retrae contra el cuello; en casos de endome-

triosis o procesos anexiales crónicos muy adheridos a la hoja posterior del ligamento ancho a la cual a su vez está, en estos casos, íntimamente adherido el uréter.

c) *Los desplazamientos por tumores* se producen fundamentalmente por tumores incluidos en el ligamento ancho, en cuyo caso se puede desplazar: abajo y afuera contra la pared

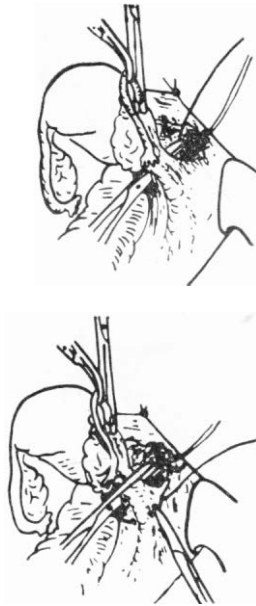


Fig. 4.—Muestra las diversas formas de ligar el pedículo lumbo-ovárico en las histerectomías con anexectomía. **Arriba:** la forma preferente por pasaje del espacio avascular con pasahilo y sutura por fuera del ovario. **Abajo:** pinzamiento del pedículo a través del espacio avascular o transfixión con aguja por debajo del pedículo.

pélvica; abajo y adentro entre el tumor y la region cervicovaginal o hacia abajo, incluyéndose entre lobulaciones que estos tumores puedan tener.

d) *Las inconveniencias o errores técnicos* se pueden cometer con mayor frecuencia, en general, en cuatro puntos bien definidos: —En la zona de los cuernos vesicales, en casos de hemorragias de las venas de la zona en que se hagan pinzamientos o suturas groseras. —En la sección y sutura de las uterinas. —En la sección y sutura del pedículo lumboovárico. —En el momento de la peritonización de la parte posterior, junto al muñón del pedículo lumboovárico.

El riesgo del uréter puede ser obviado en cualquiera de las circunstancias anteriormente señaladas, si sistemáticamente se cumplen cuidados fundamentales según la porción ureteral que se trate.

1) *En la porción anterior al cruce de la arteria uterina* tiene que tenerse dos cuidados fundamentales: a) la forma de seccionarse el pedículo lumboovárico identificando previamente el espacio avascular del ligamento ancho; b) efectuando la liberación sistemática del uréter de su acolamiento a la hoja posterior del ligamento ancho.

Lo primero se muestra en las figuras 1, 2, 3 y 4.

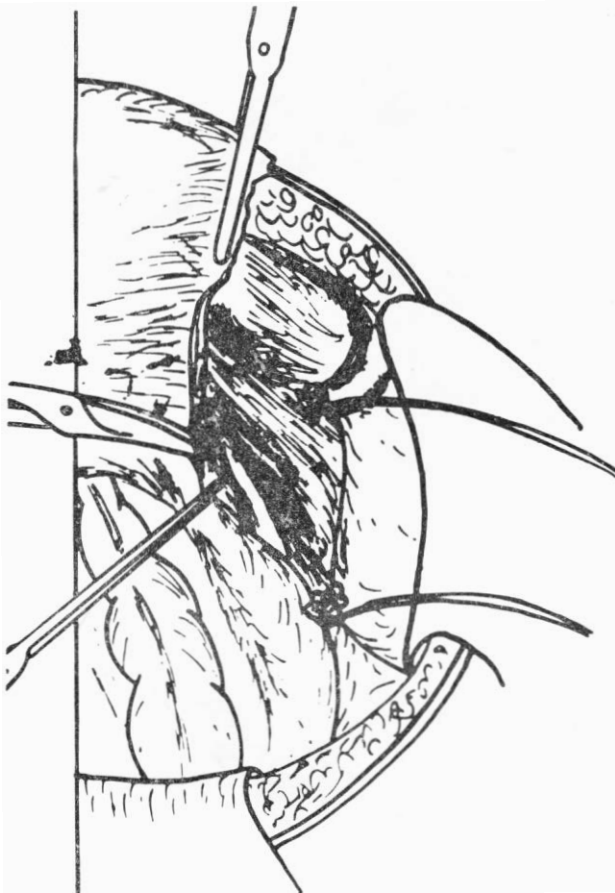


Fig. 5.—Se inicia la disección rasante con tijera contra el peritoneo para separar el uréter y su vaina de dicha hoja.

Lo segundo, figuras 5 y 6, maniobra que consideramos fundamental, pues con ella mantenemos siempre el enemigo a la vista; consiste en traccionar el útero hacia adelante y el pedículo lumbo o uteroovárico hacia atrás, poniendo tensa la hoja posterior del ligamento ancho que se tracciona a su vez con una pinza. Rasando la cara intraligamentaria de esta hoja con la punta de una tijera curva, se consigue decolar la vaina celulosa, pegada a ella, que encierra el uréter y una vez separada parcialmente, bidigitalmente se consigue decolarlo totalmente hacia adelante y hacia atrás.



Fig. 6.—Completada la separación del uréter bidigitalmente, aparece completamente desplazado hacia afuera y visible; en esta forma "se mantiene siempre el enemigo a la vista".

A veces el acolamiento es tan grande que es engañoso, dando la sensación que allí no puede estar; debe insistirse hasta individualizarlo y decolarlo con su vaina.

Este decolamiento lo aleja del cuello y lo individualiza, ya que de un trayecto rectilíneo con el parametrio forma un verdadero triángulo con él y la hoja posterior del ligamento ancho, alejándolo ampliamente del cuello uterino.

Esta maniobra la enseño a todo principiante en la cirugía de este tipo y siempre considero que con ello lo llevo de la mano al dominio de la anatomía quirúrgica de la pelvis.

Queda con ello individualizado el uréter para la ligadura de la uterina, la peritonización posterior y para cualquier maniobra de hemostasia o exéresis complementaria, como sucede en los tumores incluidos en el ligamento ancho.

2) *En la porción posterior al cruce de la arteria uterina*, cuando aborda la vejiga e integra el cuerno vesical correspondiente, lo esencial es identificar dicho cuerno, desplazarlo por decolamiento bien hacia abajo y afuera, especialmente una vez incidida la fascia precervical, e insistiendo en esa separación una vez ligado el pedículo de la uterina para dejar libre la cúpula vaginal y el paracolpo correspondiente.

3º) *Los riesgos de injuria intestinal* se presentan en los casos de adherencias de dichas asas al útero y en los tumores incluidos en el ligamento ancho.

La liberación de adherencias intestinales debe efectuarse con los cuidados generales y fundamentalmente por disección rasante contra el útero.

Dado que la zona de mayores adherencias, así como la vecindad del recto es la zona vecina al torus uterinos, allí se debe esculpir el peritoneo hasta el torus, pues hacia abajo de él el peritoneo es decolable.

IV) **LOS RIESGOS ESPECIALES PROVOCADOS POR LA SITUACIÓN COMPLEJA DE LOS TUMORES INCLUIDOS EN EL LIGAMENTO ANCHO** se solucionan conociendo previamente su desplazamiento por urograma descendente previo al acto operatorio y sistematizando la liberación quirúrgica del tumor comenzando por la incisión del peritoneo en la parte culminante superior del tumor o incidiendo el ligamento redondo en estos casos de exéresis uterina; ligando luego el pedículo posterior; cuidando las gruesas venas que en general surcan la superficie del tumor, y luego decolando digitalmente la lámina posterior del ligamento ancho para liberar el uréter y así terminar con la liberación del tumor con el uréter a la vista.

V) **LOS RIESGOS PROVOCADOS POR LOS MIOMAS DE LA PORCIÓN SUPRAVAGINAL DEL CUELLO** que bloquean la pelvis, se solucionan

con simplicidad sabiendo que la fascia precervical, lateralmente aloja en su borde el pedículo de las uterinas. Incindiéndole en su parte media y decolándola lateralmente y ligando sus bordes se liga dicho pedículo vascular que una vez cortado permite extraer, elevándolo, un útero suelto de sus amarras.

VI) *Finalmente* es necesario saber que HAY CASOS EN QUE SE LIMITAN LAS POSIBILIDADES DE EXTIRPACIÓN TOTAL EN BLOCK, por dificultades al abordaje de las uterinas, etc.

En estos casos tenemos diversos recursos:

1º) Abordaje indirecto del pedículo recurriendo al procedimiento de histerectomía "a la americana" abordando por el lado fácil para continuar el decolamiento o sección del cuello hacia el lado contrario hasta alcanzar el pedículo opuesto de dentro a afuera, o mismo recurrir a la hemisección del útero para abordar los pedículos.

2º) Realizar la histerectomía subtotal, totalizándola por resección inmediata del muñón o por vaciamiento conoideo retrógrado por la misma vía abdominal o por electroconización amplia secundaria por vía vaginal.