

## HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA. RESULTADOS EN 80 CASOS

Gustavo Irico, Luciano Cacciopoli, Amelia Farré, María Cooke

Servicio de Ginecología  
Hospital Italiano de Córdoba, Argentina

### RESUMEN

En este trabajo referimos nuestra experiencia sobre histerectomías laparoscópicas realizadas desde Agosto de 1992 hasta Mayo de 1994. Describimos el objetivo quirúrgico inicial y las variaciones en la técnica durante el mencionado período, tendiente a sistematizar el procedimiento. Disminuir el tiempo operatorio de manera considerable; evitando complicaciones intra-operatorias. Enumeramos los diagnósticos pre-operatorios y su corroboración con los hallazgos histopatológicos. Evaluamos complicaciones intra-operatorias y post-operatorias. El tiempo quirúrgico; parámetro que sufrió variaciones significativas en el desarrollo de la técnica. La longitud de hospitalización y su calidad se mantuvieron con escasa relación al tiempo operatorio. Reconocemos una rápida incorporación de la mujer a su completa actividad. Consideramos a la histerectomía laparoscópica como una alternativa válida en manos de un cirujano-endoscópico-ginecólogo. Pensamos que este tipo de cirugía representa una alternativa y una nueva forma de pensar.

**Palabras clave:** Histerectomía laparoscópica - complicaciones en la histerectomía.

### INTRODUCCION

La mayoría de los órganos abdominales pueden ser intervenidos por medio de la Laparoscopia; la apendicectomía, procesos colónicos y las hernias inguinales son algunos ejemplos. El abdomen superior permite procedimientos laparoscópicos; hoy es posible realizar cirugía de riñón por laparoscopia. La ciru-

gía endoscópica es en la actualidad una clara alternativa a los procedimientos quirúrgicos tradicionales en gran cantidad de patologías.

La laparoscopia diagnóstica fue una opción viable para la laparotomía en las últimas décadas, como consecuencia, ha seguido a ella el desarrollo de procedimientos seguros; instrumental, óptico, láser, tecnología de video. Esta amplia utilización y rápida difusión implica la necesidad de un entrenamiento que no puede reducirse a un breve curso. El límite práctico de la cirugía laparoscópica aún no está totalmente definido (9), procedimientos ginecológicos quirúrgicos cada vez más complejos van a ser realizados utilizando técnicas laparoscópicas.

La primera histerectomía por vía laparoscópica fue realizada en 1988 en Estados Unidos por Harry Reich y publicada su técnica en 1989 (11), a partir de entonces diferentes cirujanos tanto Estadounidenses como Europeos (4, 6) han sistematizado la técnica e indicaciones de la Histerectomía Laparoscópica, ampliando el concepto de Histerectomía Laparoscópica Asistida (7).

Se realizan en Estados Unidos alrededor de 600.000 histerectomías por año, un 75 % se realizan por vía abdominal (1, 2); es la tercera intervención abdominal en orden de frecuencia después de la cesárea y la colecistectomía. Muchas de las histerectomías por vía abdominal podrían ser realizadas por vía Laparoscópica con o sin tiempo vaginal.

Nuestro objetivo desde la perspectiva endoscópica, era lograr la Histerectomía por video Laparoscopia con una similitud técnica en relación a la histerectomía abdominal, respetando la enseñanza técnica y filosófica en el concepto fundamental de practicar la

"histerectomía total" cumpliendo con los siguientes requisitos: a) Ligar y seccionar el pedículo superior; b) Apertura de la hoja peritoneal anterior y posterior; c) Identificar y ligar los vasos uterinos; d) Ligar el pedículo cérvico-vaginal.

## MATERIAL Y METODOS

En 80 pacientes entre 30 y 78 años fue practicada en el Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Córdoba, la Histerectomía Laparoscópica en el período Agosto 1992 - Junio 1994. (Tabla I). Las mismas se llevaron a cabo con la paciente en posición de Wertheim (Figura 1), con sonda vesical Foley y campos quirúrgicos estériles; el cuello uterino se tomó con pinza de Pozzi y cánula intraútero, para manipular el útero desde la vía vaginal. El ingreso al abdomen es por tres vías, la principal para el laparoscopia de 10 mm en ombligo y dos accesorias y laterales de 5 mm abandonando la supra-pubiana de 10 mm.

Tabla I. Distribución de casos por edad de Histerectomía Laparoscópica durante el período Agosto de 1992 - Junio de 1994 en el Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Córdoba.

Edad	Casos	%
Hasta 40 años	21	26,25
Entre 41 y 50 años	50	62,50
Entre 51 y 60 años	7	8,75
Mayores de 61 años	2	2,5
Total	80	100,0

La condición patológica pelviana que motivó la indicación quirúrgica se consigna en la Tabla II.

Tabla II. Distribución de casos según la patología pelviana que motivó la indicación quirúrgica.

Condición Patológica Pelviana	Casos	%
Miomatosis uterina	62	77,5
Adenomiosis	10	12,5
CINIII	6	7,5
Hiperplasia Atípica de Endometrio	2	2,5
Total	80	100,0

La paciente ingresaba al Hospital la noche previa a la cirugía con los estudios pre-quirúrgicos de rutina que incluían: Radiografía de Tórax, ECG, Examen cardiopulmonar, Laboratorio básico y Estudios completos de hemostasia y coagulación.

En el momento de la internación el cirujano confirmaba la normalidad de los estudios e indicaba al equipo de salud: rasurado abdominopelviano, enemas evacuantes (la primera a las 20 hs y la restante a las 23 hs), nada por boca a partir de las 20 hs. Una vez finalizadas las indicaciones pre-quirúrgicas por parte del médico de cabecera, el equipo de anestesia confeccionaba la ficha correspondiente agregando la medicación pre-anestésica acorde.

El desarrollo técnico y metodológico del procedimiento endoscópico tiene 3 etapas evolutivas.

**Primera Etapa:** Las primeras 4 intervenciones correspondieron a la *Histerectomía Laparoscópica Asistida (H.L.A.)* según la definición de Magos (7). Se practicaron en total 4 punciones: 2 correspondieron a troncales de 10 mm; una periumbilical y la segunda suprapúbica, y dos accesorias laterales de 5 mm. Esto permitió el tratamiento del pedículo superior mediante coagulación, corte y toma con pinza de *Le Faure Laparoscópica* por nosotros diseñada (utilizando trocar suprapúbico) previo paso de la endoligadura de catgut crónico N° 2. Posteriormente se procedió a la apertura de la plica vesico-uterina con electrobisturí, rechazando la vejiga, lograda dicha apertura, similar tratamiento le correspondió al peritoneo posterior. Se completa la intervención por vía vaginal, de acuerdo a la técnica quirúrgica habitual. Fue de rutina la lectura Laparoscópica de la cavidad, previo lavado con suero y control de hemostasia.

**Segunda Etapa:** La rápida difusión del procedimiento por una parte y el desarrollo de la destreza quirúrgica en esta nueva forma de operar, con la incorporación de pinza bipolar y elementos de sutura mecánica, nos permitió avanzar tras el objetivo inicial, logrando realizar la *Histerectomía Laparoscópica con tiempo Vaginal (H. L. ct. V.)*. El tratamiento del pedículo

vascular se realizó con pinza bipolar sin la utilización de clips ni endoligadura. Es de suma importancia la apertura del ligamento ancho con tijera hasta conseguir una perfecta visualización de la arteria uterina que se disecciona hasta obtener lo que en la literatura médica inglesa se denomina su esqueletización. La vía supra-púbica nos permitió en algunos casos utilizarla para el instrumental de sutura mecánica, permitiendo un rápido tratamiento de los pedículos superiores y vascular con alto grado de confiabilidad. Se completa la cirugía con el tiempo vaginal (Figura 2).

Sin duda el gran desafío era la *Histerectomía Laparoscópica sin tiempo Vaginal* (H. L. St. V.), procedimiento que fue realizado sin mayores inconvenientes técnicos, pero con un mayor tiempo operatorio, por la sutura de vagina vía endoscópica y los inconvenientes propios que ocasiona la apertura de la misma con pérdida del neumoperitoneo.

En esta etapa del desarrollo laparoscópico la peritonización fue sufriendo variaciones. El cierre de la brecha peritoneal con puntos endoscópicos, continuos o separados es lento y a veces dificultoso. En nuestra experiencia es práctico y rápido el cierre peritoneal utilizando endoligaduras previa aproximación de ambas hojas. Fue de rutina el lavado y aspirado de la cavidad pélvica (Figura 3).

**Tercera Etapa o Estado Actual:** Estamos convencidos que los objetivos inicialmente trazados para el tratamiento de los pedículos que llegan al útero, se logran con eficacia y alto grado de confiabilidad utilizando la pinza bipolar fenestrada (Figuras 4 y 5).

El gesto quirúrgico sobre el peritoneo anterior es fundamental, permite rechazar la vejiga hacia adelante y desplazar los uréteres fuera del campo operatorio cuando se abre la hoja posterior permitiendo además una correcta visualización del pedículo vascular; arteria y vena uterina (Figuras 6 y 7).

La coagulación y corte es practicado sobre los úteros-sacros, completando el despegamiento del peritoneo posterior, rechazándolo hacia abajo.

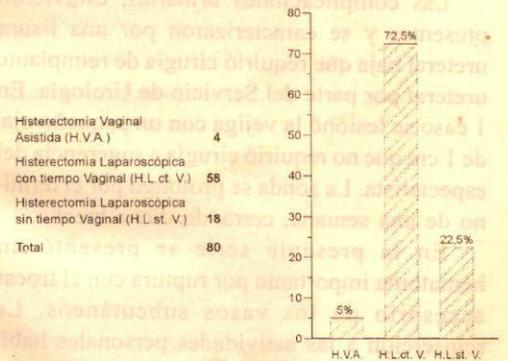
El pedículo de las cérvico-vaginales es tratado con pinza bipolar para su coagulación, en

posición paralela al cuello uterino y en íntimo contacto con el mismo (Figura 8).

El accionar del manipulador intra-uterino nos permite evaluar la completa sección del pedículo cérvico-vaginal, comprobando el movimiento del órgano sin resistencia, es el signo de la Dislocación Uterina (D.U.). Lograda la total liberación del órgano, completamos la cirugía con el tiempo vaginal desinsertando la vagina del cuello uterino y la extirpación del útero. El cierre de vagina con puntos de catgut finaliza el tiempo vaginal, caracterizado por su sencillez y rapidez quirúrgica, para volver al tiempo laparoscópico practicando el control de hemostasia previo lavado con suero tibio reiteradamente. El peritoneo en esta etapa actual no es suturado, la mayoría de los cirujanos generales, urólogos y ginecólogos coinciden en tal apreciación (Figura 9). La Histerectomía Laparoscópica con tiempo Vaginal, es sin duda la mejor opción para el ginecologo-endoscópico.

En la Tabla III se muestra a manera de resumen la cantidad de cirugías para cada variante laparoscópica y las distintas modalidades de resolver la brecha peritoneal.

Tabla III: Variantes laparoscópicas y modalidades de resolver la brecha peritoneal



Peritonización	
Con puntos continuos	12
Con endoligaduras	39
Sin peritonización	25
<b>Total</b>	<b>76</b>



## RESULTADOS

No existieron complicaciones intraoperatorias en ninguna de las pacientes aquí presentadas. Los resultados anátomo-patológicos fueron coincidentes con el diagnóstico pre-operatorio. El tiempo quirúrgico tuvo las lógicas variaciones según las distintas etapas evolutivas. En el comienzo, en las primeras 10 histerectomías la media fue de 2 hs 50 minutos, hasta llegar al momento actual donde el tiempo es entre 50 a 75 minutos.

En una paciente se presentó dolor pelviano intenso con distensión abdominal que justificó la interconsulta con el Servicio de Enfermedades Digestivas, prolongando su internación durante 54 hs, cediendo el cuadro abdominopélvico espontáneamente. La longitud de hospitalización post-operatoria fue de 36 hs con un mínimo de 18 hs y un máximo de 54 hs.

En todos los casos el plan de hidratación y sonda vesical se retira entre las 12 y 18 hs posteriores a la cirugía, incorporando líquido por boca a las 12 hs del post-operatorio. La pérdida hemática intra-operatoria fue inferior a 350 ml, sólo una paciente fue transfundida. En relación a los cuadros infecciosos sólo destacamos en una paciente temperatura de 38,5 °C en el post-operatorio inmediato, que cedió espontáneamente.

Las complicaciones urinarias, estuvieron presentes y se caracterizaron por una fisura ureteral baja que requirió cirugía de reimplante ureteral por parte del Servicio de Urología. En 1 caso se lesionó la vejiga con un pequeño ojal de 1 cm que no requirió cirugía a sugerencia del especialista. La sonda se prolongó por el término de una semana, cerrando dicha brecha.

En la presente serie se presentó un hematoma importante por ruptura con el trocar accesorio de los vasos subcutáneos. La reínscripción a las actividades personales habituales de la paciente se logró a los 5,8 días del acto operatorio. Finalmente, no hubo necesidad de transformar la cirugía laparoscópica en abdominal.

## DISCUSION

La histerectomía laparoscópica es, en el momento actual de la cirugía, una buena alter-

nativa a más del 90 % de las histerectomías hasta ahora realizadas mediante laparotomía; ampliando el concepto de Asistencia Laparoscópica a la histerectomía vaginal (7). Es un buen sistema para completar la histerectomía vaginal en ocasiones complicada, ya sea liberando adherencias o cooperando en la práctica de la anexectomía (1).

Las ventajas de la histerectomía laparoscópica es una óptima identificación de los elementos anatómicos; permitiendo visualizar los uréteres en todo su recorrido, el componente vascular, identificando los vasos pélvicos y logrando una correcta hemostasia. Se puede evaluar con absoluta precisión la pérdida sanguínea, cuantificando la misma (5). La ventaja quirúrgica que supone la inspección completa de la cavidad abdominal sobre la histerectomía vaginal, abre un campo amplio de indicaciones para la histerectomía laparoscópica. El límite práctico de la cirugía laparoscópica en ginecología es cada vez más amplio; procedimientos ginecológicos quirúrgicos cada vez más complejos van a ser realizados utilizando técnicas laparoscópicas. La recuperación funcional de la motilidad intestinal espontánea en esta serie fue total a partir de las 12 hs permitiendo la ingesta de líquidos.

Estos hallazgos son coincidentes con los resultados publicados por otros autores (12), el tiempo de intervención es similar a los referidos para la histerectomía abdominal y vaginal. En la Histerectomía Laparoscópica con tiempo vaginal y sin peritonización el tiempo operatorio oscila entre los 50 y 75 minutos, convirtiendo al procedimiento casi rutinario. La hospitalización de la cirugía laparoscópica es menor con una media de 36 hs, dicho lapso es ligeramente inferior al referido por otros autores y también muy inferior a la media de hospitalización, para la histerectomía vaginal y abdominal de 4,4 días (8).

Por otra parte se destaca una más rápida recuperación de la paciente, con una incorporación a su actividad habitual (5,8 días). Todo ello redundo en una mejor relación costo-beneficio, para la histerectomía laparoscópica. Levine en 1985 (3) informa un ahorro económico global en los procesos ginecológicos intervenidos por vía laparoscópica de hasta un 49 %. Esto justifica el desarrollo de esta nueva

manera de operar. Consideramos a la histerectomía laparoscópica como una alternativa válida.

### SUMMARY

Our experience is based on laparoscopic hysterectomies performed from August 1992 to May 1994. The purpose of the initial surgical objective is described, as well as different variations of the technique. The procedure was systematized, the operating time was diminished to a considerable extent, thus avoiding intra-operative complications. Pre-operative diagnosis and histopathological findings were enumerated. Intra-operative and post-operative complications were evaluated. With an increasing development of the technique, a shorter operating time was made possible.

The length of hospital stay and its quality were unrelated to the operation time. A quick recovery was reached as regards complete activity of the patients.

Laparoscopic hysterectomy performed by an endoscopic-gynecologist surgeon represents an alternative and a new way of thinking.

**Keywords:** Laparoscopic hysterectomy - complications in hysterectomy.

### BIBLIOGRAFIA

1. Bachman G: Hysterectomy: a critical review. *J Reprod Med* 35: 859-960, 1990.
2. Dicker R, Mark J, Greenspan J R, Layde P M, Org M Netal: Hysterectomy among women of Reproductive. *Jama* 248: 323-327, 1982.
3. Levine R L: Economic Impact of Pelviscopic Surgery. *J Reprod Med* 30: 655-659, 1985.
4. Lin C J: Laparoscopic hysterectomy. A review of 72 cases. *J Reprod Med* 37: 351-354, 1992.
5. Lucken R P, Gallinat A, Morin C: Avances en Cirugía endoscópica Ginecológica. Editores Salvat - 1991.
6. Mage G, Wattiez A, Chapron Canis M, Pouly J L et al: Laparoscopic hysterectomy. Results in 44 cases. *J Ginecol Obstet Biol Reprod* 21: 436-444, 1992.
7. Magos A L, Mark Brovadbent J A, Amson N N: Laparoscopically assisted Vaginal Hysterectomy. *Lancet* 338: 1091-1092, 1991.
8. Nezhat F, Nezhat C, Gordon S, Wilkins E: Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med* 30: 655-659, 1985.
9. Overlev D, Leblanc E, Castelain B: Laparoscopic pelvic Lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 164: 578-582, 1991.
10. Reich H: New techniques in advanced Laparoscopic surgery. *Baillieres Clinical Obst Gynec* 3 (3): 655, 1989.
11. Reich H, De Carpio J, Mc Glynon F: Laparoscopic Hysterectomy. *J Gynecol Surg* 5: 213-226, 1989.
12. Reich H: Laparoscopic hysterectomy. *Surg Lap End* 2: 85-88, 1992.

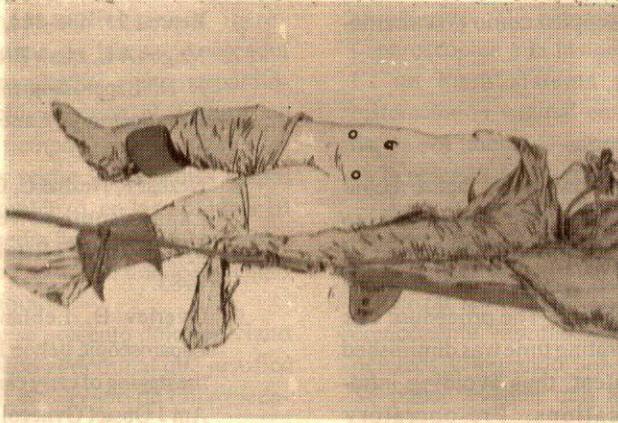


Figura 1: Posición de Wertheim, empleada en operaciones endoscópicas ginecológicas.

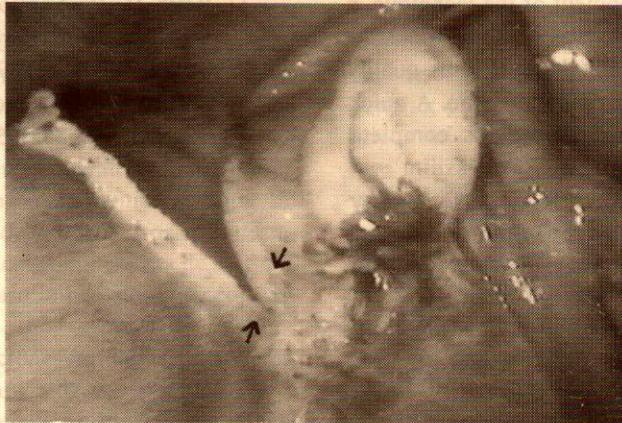


Figura 2: Tratamiento del pedículo superior con sutura mecánica.

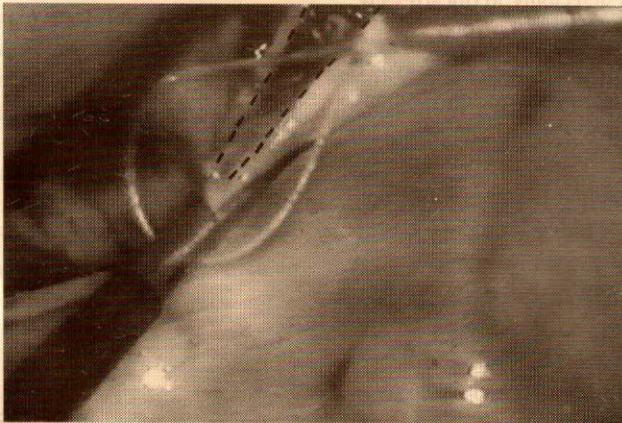


Figura 3: Cierre del peritoneo con endoligaduras.

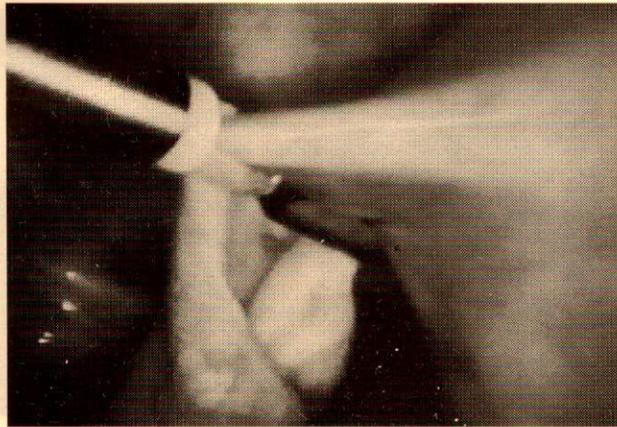


Figura 4: Coagulación de los elementos que llegan al ángulo uterino con pinza bipolar.

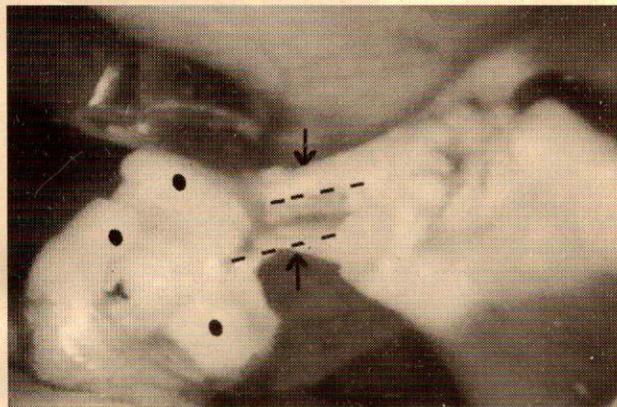


Figura 5: Corte de los elementos del ángulo uterino.

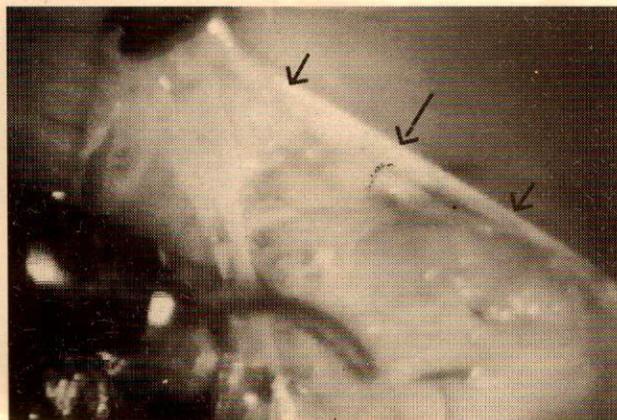


Figura 6: Apertura del peritoneo anterior que rechaza la vejiga hacia adelante y afuera.



Figura 7: Tratamiento del peritoneo posterior. Su apertura y desplazamiento hacia abajo y afuera.



Figura 8: Coagulación y corte del pedículo vascular.

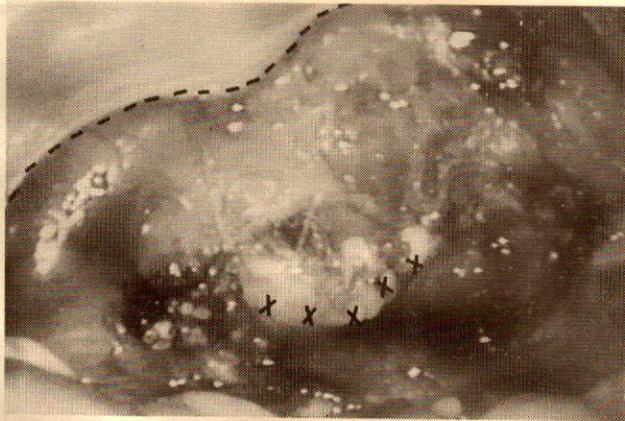


Figura 9: Lograda la extirpación del útero se cierra la vagina. La brecha peritoneal queda abierta.