

## **HISTERECTOMIA ELECTROCIRÚRGICA. PRIMEROS RESULTADOS.**

Alvarez , V; Pereda A; Cano, S; Girvent, M; Lineros, E; Ojeda F.

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Granollers

[valvarez@fhag.es](mailto:valvarez@fhag.es)

### **INTRODUCCIÓN:**

La técnica clásica de la histerectomía vaginal descrita por la escuela vienesa y denominada ascendente ha sido la manera más adecuada de abordar la extracción del útero y/o anejos durante el siglo pasado.

Los principios que la conforman no han cambiado, ya que se basan en un exhaustivo estudio anatómico, pero el avance tecnológico ha hecho posible simplificar la técnica mediante la sustitución de las suturas por la electrocoagulación de los pedículos no tan sólo vasculares sino también fibroligamentosos.

Diversos aparatos permiten hoy en día el sellado y la electrocoagulación con mayor o menor fortuna.

### **OBJETIVOS:**

Así nos hemos propuesto validar la utilización de esta nueva manera de abordar la técnica quirúrgica, para eso hemos diseñado un estudio con los siguientes objetivos:

- Definir un protocolo de introducción de electrocirugía en la cirugía vaginal convencional y reparativa del suelo pélvico.
- Determinar si existen diferencias significativas en la utilización de estas dos “técnicas” quirúrgicas: la convencional mediante el uso de suturas y la estudiada mediante electrosellado.

### **PACIENTES Y MÉTODOS:**

Se definió un protocolo de estudio prospectivo de la técnica mediante electrocirugía para la histerectomía:

En la cirugía clásica se utilizó ligaduras de Safil® del 0 y 00.

En la electrocirugía se utilizó el SP generator 60 Hz. y la selladora Seal™ Open Forceps/curved de GYRUS ACMI®, siguiendo las indicaciones del fabricante respecto a su uso.

Hemos incluido un total de 19 casos intervenidos consecutivamente en la Unidad de Suelo pélvico de nuestro centro, desde Junio hasta el 31 de diciembre de 2006 que comparamos con un grupo control de 18 casos de cirugía convencional estándar, homogéneo en edad, paridad y patología, recogidos desde Junio a diciembre de 2005.

Hemos analizado el tiempo quirúrgico, el sangrado intra operatorio (mediante el descenso en el valor del hematocrito previo a la cirugía), la analgesia posquirúrgica requerida y la estancia hospitalaria.

## **RESULTADOS:**

En la tabla 1 se resumen los resultados para los parámetros valorados:

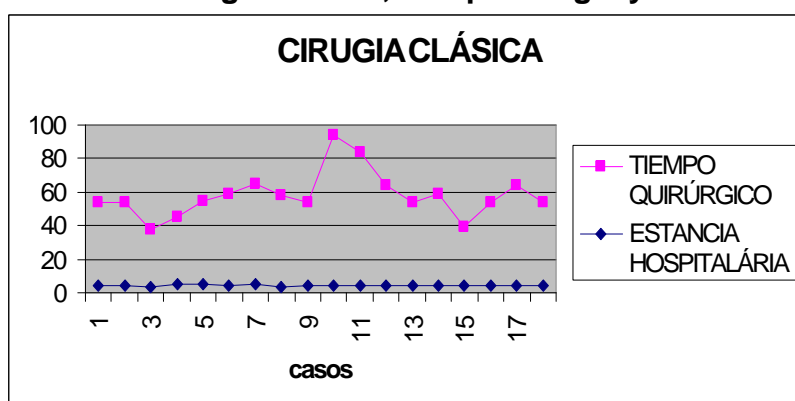
**TABLA 1. PARAMETROS ESTUDIADOS POR GRUPO**

	ELECTROCIRUGÍA	CIRUGÍA CLÁSICA
EDAD MEDIA	62'4	58'3
TIEMPO MEDIO QUIRÚRGICO (min)	36'8	42'5
SANGRADO MEDIO ( des. Hto)	3'2	4'92
ANALGESIA MEDIA ENDOVENOSA (horas)	8	36'2
ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA (días):	3	4'2

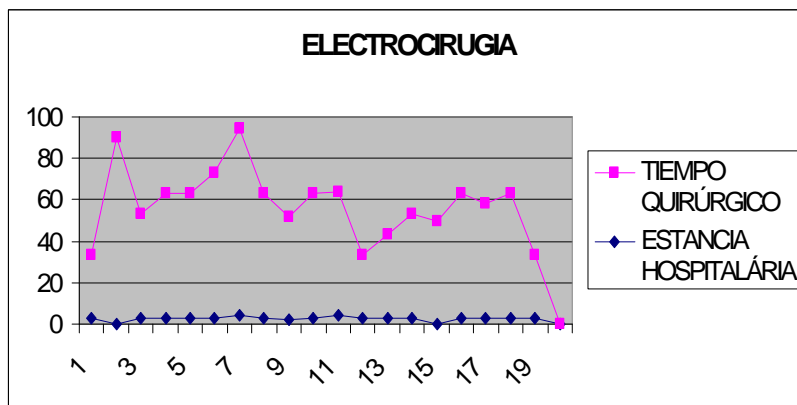
Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en el tiempo quirúrgico y el tiempo de analgesia endovenosa en ambos casos favorable a la electrocirugía con un  $p=0'017$  y  $p=0'003$  respectivamente.

En las gráficas 1 y 2 se representan los tiempos quirúrgicos y estancias por casos para cada tipo de cirugía.

**Gráfica 1: Cirugía clásica, tiempo cirugía y estancia**



**Gráfica 2: Electrocirugía, tiempo cirugía y estancia**



**CONCLUSIONES:**

La electrocirugía es una manera rápida, segura y fiable de practicar la histerectomía vaginal.

Con la introducción de las mallas en este campo, la electrocirugía puede convertirse en la técnica de elección al reducir el material de sutura, que incrementaría el riesgo de infección y rechazo de las mallas.