

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL vs VAGINAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ÚTERO MIOMATOSO

De Felipe Jiménez, O.; Martínez Morón, V.; Martín Ríos, MD; Herrera de la Muela, M.; López Salvá, A.

Servicio de Ginecología y Obstetricia Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

ABSTRACT

Objetivo

Comparar las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y el seguimiento a corto y medio plazo de las histerectomías abdominales y vaginales realizadas en nuestro centro por útero miomatoso.

Material y métodos: estudio retrospectivo de cohortes de las pacientes intervenidas mediante histerectomía abdominal o vaginal por útero miomatoso entre Enero de 2004 y Mayo de 2006 en la Fundación Hospital de Alcorcón. Según nuestro protocolo se indica una histerectomía vaginal cuando se cumplen los siguientes criterios útero móvil, histerometría menor de 160 mm por exploración y ecografía, vagina amplia y en los casos de patología anexial o antecedente de cirugía abdominal se asistiría la intervención mediante laparoscopia. Si no se cumple alguno de los anteriores requisitos la histerectomía se realiza vía abdominal.

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza (IC, 95%). Las variables cuantitativas continuas se describen con la media (DE) o mediana (RIQ) y en todas ellas se ha estudiado la normalidad (normalidad estadística). La comparación de proporciones se realizó con el test de Chi-cuadrado (X^2) o el test exacto de Fisher cuando fue necesario. La comparación de variables cuantitativas se hizo mediante la t de Student para muestras independientes. El grado de significación estadística considerado fue menor de 0,05.

Resultados: se realizaron un total de 154 histerectomías, 84 (54,5%) vía abdominal y 70 (45,5%) vía vaginal. No se encontraron diferencias significativas respecto la edad y paridad entre los dos grupos. El número de laparotomías previas fue significativamente mayor en el grupo de la histerectomía abdominal, ($p= 0,03$) sin encontrar diferencias en el antecedente de cesárea entre ambos grupos. La histerometría y el volumen uterino por ecografía fue significativamente menor en el grupo de pacientes sometidas a histerectomía vaginal ($p<0,0001$) así como el peso uterino confirmado por anatomía patológica ($p=0,003$). El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en la histerectomía vaginal, ($p=0,0039$). La doble anexectomía se asoció en mas ocasiones y de forma significativa a las histerectomías abdominales que vaginales, 28 (3,3%) vs. 6 (8,6), ($p<0,0001$). No se encontraron diferencias en las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias totales salvo en el descenso de la cifra de hemoglobina intraoperatoria que fue significativamente menor en la histerectomía vaginal ($p= 0,023$) sin haber diferencias en la hemoglobina prequirúrgica entre ambos grupos. Hubo 5 (7,1%) casos de reconversión de histerectomía vaginal a abdominal. La estancia media hospitalaria fue significativamente menor en las pacientes intervenidas vía vaginal ($p<0,0001$).

Tras 1,87 (0,98) años de seguimiento el 90,9% y 89,6% de los pacientes intervenidas vía abdominal y vaginal respectivamente estaban asintomáticas no presentando diferencias significativas.

Conclusiones: nuestros resultados permiten considerar la histerectomía vaginal una alternativa válida y una más adecuada técnica quirúrgica frente al abordaje abdominal en el tratamiento del útero miomatoso móvil y menor de 160mm, asociando la laparoscopia en los casos de antecedente de cirugía pélvica. Se obtuvo menor tiempo quirúrgico, menor pérdida hemática y menor estancia hospitalaria en las histerectomías realizadas por vía vaginal. Un alto porcentaje de pacientes estaban asintomáticas y satisfechas tras la cirugía.

INTRODUCCION

La histerectomía se considera uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes y relevantes en la práctica ginecológica habitual aunque en los últimos años está disminuyendo su incidencia debido al empleo de otros tratamientos menos invasivos como es la miomectomía histeroscopia ó laparoscópica, el empleo de mallas para el tratamiento de los prolapsos uterinos, el uso del DIU de levonogestrel, la ablación endometrial, etc.¹

En EEUU la tasa de histerectomía ha disminuido un 1,9% al año entre 1997 y 2005 (0,5% entre los 18-44 años, 3,1% entre los 45-64 años y 5% \geq 65 años), así la tasa de histerectomía abdominal disminuyó de un 65% a un 60,5%, la vaginal de un 32% a un 30,7% y, en cambio ha aumentado la tasa de histerectomía subtotal de un 1,6% a un 7,5%².

La mayoría de los miomas son asintomáticos pero pueden producir síntomas como sangrado uterino anormal, dolor pélvico, infertilidad, síntomas urinarios y/o alteración del tránsito intestinal,..., en relación al tamaño, localización y número.

Los miomas uterinos sintomáticos o de gran tamaño constituyen la primera indicación de histerectomía con una frecuencia estimada del 30% en pacientes de raza blanca y un 50% en la raza negra³.

El riesgo acumulado de histerectomía por miomas uterinos es del 7% entre los 25 a 45 años (20% raza negra). Las histerectomías realizadas en mujeres entre 18 y 44 años por útero miomatoso han disminuido de un 31,4% al 26,9% entre 1997 y 2005, en cambio han aumentado por hemorragia uterina anormal de un 14,6 a un 25,2% y por dolor de 10,4% a 11,7% en el mismo periodo³.

Clásicamente, y basados en los estudios de Kovac⁴, se ha considerado la histerectomía abdominal técnica de elección en los casos de úteros miomatosos sintomáticos que precisaban una adecuada exploración abdomino-pélvica o limitaciones para realizar un abordaje vaginal como en los úteros mayores de 280 gr. y tamaño mayor de 12cm de diámetro longitudinal, vagina estrecha, falta de movilidad uterina, presencia de patología anexial como la endometriosis, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, nuliparidad, cirugía pélvica previa y malignidad.

Múltiples estudios randomizados y observacionales han comparado el abordaje abdominal y vaginal en histerectomías que presentaban al menos una contraindicación clásica al abordaje vaginal destacando los úteros voluminosos. En general, concluyen que la histerectomía vaginal asociada a técnicas de reducción del tamaño uterino como la morcelación, hemisección y la miomectomía, y a la laparoscopia ante antecedente de cirugía pélvica o procesos infecciosos pélvicos, debería considerarse la vía de elección en procesos benignos ya que es una técnica segura, con menor tasa de complicaciones, menor estancia hospitalaria, menores gastos y con una recuperación del paciente más rápida respecto la vía abdominal^{4,5-6}.

A pesar de todo, no hay consenso que determine el abordaje quirúrgico más apropiado en cada histerectomía, esto es secundario a la falta de ensayos clínicos randomizados y aleatorizados que analicen los criterios clásicos que contraindican la vía de abordaje vaginal a favor de la abdominal.

En este estudio comparamos las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y los resultados a corto y medio plazo de las histerectomías abdominales y vaginales realizadas en nuestro centro por útero miomatoso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo de cohortes de las pacientes intervenidas por útero miomatoso entre Enero de 2004 y Mayo de 2006 en la Fundación Hospital Alcorcón.

La Fundación Hospital Alcorcón es un hospital secundario de la Red Sanitaria Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid, cuya población de referencia es de 213.587 mujeres, la mayoría de edades comprendidas entre 20 y 60 años con dos picos poblacionales entre 25-35 y 50-60 años, siendo el primero superior a la media de la comunidad y representa el 20.58% de la población⁷.

Según nuestro protocolo, basado en los estudios de Kovac, los criterios para realizar una histerectomía por vía vaginal son: histerometría menor de 160 mm por exploración y ecografía, útero móvil, vagina amplia y en caso de patología anexial o antecedente de cirugía abdominal la intervención se asistiría mediante laparoscopia⁴. Si no se cumple alguno de los anteriores requisitos la histerectomía se realiza vía abdominal.

El estudio incluye variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la técnica quirúrgica y de seguimiento. Los datos de seguimiento son los obtenidos de la primera y última visita postoperatoria, esta última se realizó por vía telefónica en 81 casos.

Los datos se obtuvieron a partir del programa informático SELENE (Siemens Medical Systems Health Services).

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% (IC, 95%). Las variables cuantitativas continuas se describen con la media (DE) o mediana (p25- p75) y en todas ellas se ha estudiado la normalidad.

La comparación de proporciones se realizó con el test de Chi-cuadrado (X^2) o el test exacto de Fisher cuando fue necesario. La comparación de variables cuantitativas se hizo mediante la t de Student para muestras independientes. El grado de significación estadística, p, considerado fue menor de 0,05.

El análisis estadístico se realizó con el software estadístico SPSS 12.0 para Windows.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 154 histerectomías, 84 (54,5%) vía abdominal y 70 (45,5%) vía vaginal. No se encontraron diferencias significativas respecto la edad y paridad entre los dos grupos. (Tabla 2). La edad media en ambos grupos fue 47,61 (5,5) años en el grupo de las histerectomías vaginales y 47,05 (5,27) en el grupo de las abdominales. La mayoría de las pacientes eran premenopáusicas, 58 (82,9%) en el grupo de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y 79 (94%) en el grupo de las histerectomías abdominales, siendo esta diferencia significativa, ($p = 0,027$). (Tabla 1).

Presentaban antecedente de laparotomía 31 (36,3%) pacientes sometidos a histerectomía abdominal y 16 (22,5%) a vía vaginal, siendo esta diferencia significativa ($p = 0,03$); en cambio no se encontraron diferencias en el antecedente de laparoscopias pélvicas, cirugía vaginal previa o laparotomía por cesárea entre ambos grupos. (Tabla 1 y 3).

El motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal y hemorragia uterina anormal en las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, siendo estas diferencias significativas (Tabla 1).

La histerometría por exploración y ecografía, el volumen y peso uterino fueron significativamente menores en el grupo de pacientes sometidas a histerectomía vaginal. Sólo hubo cuatro casos de prolapso genital en cada grupo no presentando diferencias significativas entre ambos. (Tabla 2).

Se diagnosticaron cinco casos de incontinencia urinaria de esfuerzo realizándose en todos histerectomía vaginal; 17 casos presentaban patología uterina asociada: 9 pólipos endometriales, 6 casos de hiperplasia simple sin atipia y 2 malformaciones uterinas congénitas. La endometriosis ovárica fue la patología anexial más frecuente en ambos grupos, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos respecto la patología uterina y anexial asociada. (Tabla 1).

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron dolor abdominal, crecimiento del mioma e hipermenorrea en los casos de histerectomía abdominal y la hemorragia uterina anormal en los casos de histerectomía vaginal, siendo estas diferencias significativas, ($p < 0,002$). (Tabla 4).

La técnica quirúrgica principal más realizada fue la histerectomía total simple en un 91,4% vía vaginal y 61,9% vía abdominal. La histerectomía total con doble anexectomía fue significativamente más frecuente en el grupo de histerectomías abdominales ($p < 0,0005$).

Las técnicas quirúrgicas secundarias fueron significativamente más frecuentes en el grupo de pacientes sometidas a histerectomía vaginal, ($p < 0,005$); se realizó 1 técnica de incontinencia de esfuerzo (TOT y TVT-O) en el grupo de abordaje abdominal y 13 en el grupo de histerectomía vaginal de las cuales 7 fueron técnicas de tratamiento de incontinencia urinaria y 6 casos de asistencia por laparoscopia: tres por antecedente de cirugía pélvica previa (dos cesáreas previas), dos de los cuales finalmente se reconvirtieron en laparotomía y otras tres por patología anexial ovárica (endometriomas). (Tabla 4).

El morcelamiento, la hemisección uterina y la miomectomía se emplearon para reducir el tamaño uterino y facilitar la extracción de la pieza en 8(11,4%), 33 (47,1%) y 16 (22,9%) histerectomías vaginales respectivamente. El volumen uterino medio en los casos en los que se aplicó la morcelación y hemisección fue significativamente mayores respecto los casos donde no se realizaron, ($p = 0,025$, y $p = 0,007$ respectivamente), en cambio, no se encontraron diferencias referente a la miomectomía. (Tabla 6).

El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el grupo de pacientes sometidos a histerectomía vaginal ($p = 0,039$). (Tabla 5).

Considerando la reconversión de la vía vaginal a abdominal como complicación intraoperatoria, el grupo de pacientes sometidos a histerectomía vaginal presentó mayor número de complicaciones intraoperatorias de forma significativa respecto el grupo de pacientes sometidos a histerectomía abdominal, 11 (15,7) vs. 3 (3,6), ($p < 0,05$). Los casos de reconversión fueron 5 (7,1%): dos casos secundarios a hemorragia activa incoercible otros dos por síndrome adherencial severo y un caso por gran tamaño uterino. (Tabla 4).

Es importante destacar una menor pérdida hemática intraoperatoria, calculada por el descenso de la cifra de hemoglobina intraoperatoria, en los casos de histerectomía vaginal, ($p = < 0,0001$), (Tabla 5), partiendo de cifras prequirúrgicas significativamente mayores en el grupo de la histerectomía abdominal, ($p = 0,029$). (Tabla 1).

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos al analizar las complicaciones postoperatorias: hematoma de pared abdominal, necesidad de transfusión sanguínea o administración de feroterapia intravenosa, analgesia profunda, infección de herida quirúrgica, entre otras, ($p = 0,63$)

La estancia media hospitalaria fue significativamente menor en las pacientes intervenidas vía vaginal (2,53 (1,3) días, ($p < 0,0001$)) (Tabla 5).

En la primera consulta postoperatoria realizada al mes de la cirugía, 12 (17,1%) y 7 (8,3%) pacientes sometidas a histerectomía vaginal y abdominal respectivamente presentaban sintomatología (incontinencia de orina y dolor abdominal) sin diferencias significativa entre ambos grupos, ($p = 0,09$) y la mayoría de los pacientes presentaban una exploración ginecológica normal sin diferencias significativas entre ambos grupos, ($p = 0,70$).

La última revisión programada se realizó a los $1,87 \pm 0,98$ años de la cirugía, 81 pacientes no acudieron a su cita, 37 histerectomías vaginales y 44 abdominales, pudiéndose establecer contacto telefónico con 70 pacientes. El 90,9% y 89,6% de los pacientes sometidos a histerectomía abdominal y vaginal permanecían asintomáticas y satisfechas de los resultados postoperatorios, no presentando diferencias significativas entre ambos grupos las pacientes que referían sintomatología postoperatoria, ($p = 0,74$).

	Histerectomía vaginal N (%)	Histerectomía abdominal N (%)	p
Menopausia	12 (17,1)	5 (6)	0,027
Laparotomía previa	16 (22,5)	31 (36,3)	0,03
Cesárea previa	6 (8,6)	15 (17,9)	0,09
Laparoscopias abdómino-pélvicas previas	5 (7,1)	3 (3,6)	0,47
Cirugía vaginal previa	2 (2,8)	1 (1,2)	0,54
Prolapso genital	4 (2,8)	4 (4,8)	1
Patología anexial asociada	3 (4,3)	6 (7,1)	0,45
Patología uterina asociada	9 (12,9)	8 (9,5)	0,51
Motivo de consulta			0,003
Revisión periódica	15 (21,4)	27 (32,1)	0,19
Dolor abdominal	4 (5,7)	15 (17,9)	0,04
Hemorragia uterina anormal	51 (72,9)	37 (44)	0,0006
Metrorragia	21 (30)	18 (21,4)	0,30
Hiperpolimenorrea	30 (42,9)	19 (22,6)	0,01
Hallazgo casual	0	5 (6)	0,10
IU Esfuerzo	5 (7,1)	0	0,013

Tabla 1. Variables cualitativas sociodemográficas y clínicas

Variable	Histerectomía vaginal X(DE)	Histerectomía abdominal X(DE)	Dif. Medias (IC 95%)	p
Edad	47,61 (5,5) 47 (44-51)*	47,05 (5,27) 46 (43-51)*	0,56 (-1,15 – 2,27)	0,52
Paridad	3 (1) 3 (3-4)*	3 (1) 3 (2-3)*	-	1
Hemoglobina prequirúrgica (g/dL)	12,5 (1,73) 12,9(11,6-13,7)*	13,07 (1,52) 13,2(12,1-14,2)*	0,57 (0,52 -1,08)	0,029
Tamaño útero por exploración (cm.)	10,7 (1,6) 9 (8-11)*	16,7 (3,9) 15 (12-18)*	0,52 (4,24 - 6,31)	< 0,0001
Diámetro uterino por ecografía				< 0,0001
Longitudinal	10,3 (1,7)	15,2 (4,5)	4,9 (3,77 – 6,02)	< 0,0001
Antero-posterior	6,2 (1,5)	9,3 (2,7)	3,1 (2,30 – 3,81)	< 0,0001
Transverso	7,2 (1,6)	9,9 (2,7)	2,7 (1,90 – 3,40)	< 0,0001
Volumen uterino por Ecografía (cc.)	455,9 (225,2)	1591,7 (1427,2)	1135,7 (751 – 1520)	< 0,0001
Peso uterino (gr.)	167,4 (76,2)	382,3 (124,3)	56,1 (91,8- 339,0)	0,003

*mediana (p25-p75)

Tabla 2. Variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas

Cesáreas	Histerectomía vaginal N (%)	Histerectomía abdominal N (%)	p
Ninguna	64 (91,4)	69 (82,1)	0,15
Una	4 (5,7)	7 (8,3)	0,75
> Una	2 (2,9)	8 (9,5)	0,18

Tabla 3. Antecedente de cesárea previa

Variable	Histerectomía vaginal N (%)	Histerectomía abdominal N (%)	p
Indicación de cirugía			0,002
Dolor abdominal	4 (5,7)	19 (22,6)	0,006
Hemorragia uterina anormal	53 (75,7)	35 (41,7)	<0,0001
Metrorragia postmenopáusica	8 (11,4)	4 (4,8)	0,21
Hiperpolimenorrea	31 (44,3)	21 (25)	0,018
Metrorragia	14 (20)	10 (11,9)	0,24
Crecimiento del mioma	7 (10)	21 (25)	0,02
Patología asociada	4 (5,7)	4 (4,8)	0,9
Técnica quirúrgica principal			<0,0001
Histerectomía total (HT) simple	64 (91,4)	52 (61,9)	<0,0001
HT y doble anexectomía	6 (8,6)	28 (33,3)	0,0005
HT y anexectomía unilateral	0	4 (4,8)	0,17
Técnicas quirúrgicas	13 (18,5)	1 (1,2)	0,0005

secundarias			
TOT/ TVT-O	7(10)	1	
Laparoscopia	6(8,5)	0	
Complicaciones Intraoperatorias	11 (15,7)	3 (3,6)	<0,05
Hemorragia grave	2 (2,8)	2 (2,4)	0,74
Lesión vesical	4 (5,7)	1 (1,2)	0,26
Reconversión	5 (7,1)	-	-
Complicaciones Postoperatorias	11 (15,7)	18 (21,6)	0,63
Hematoma pared	4 (5,7)	4 (4,8)	0,9
Transfusión	2 (2,9)	2 (2,4)	0,74
Analgesia profunda	3 (4,3)	2 (2,4)	0,83
Infección herida quirúrgica	0	5 (6)	0,10
Varios	2 (2,8)	5 (6,0)	
Hematoma de cúpula vaginal	1 (1,4)	2 (2,4)	0,87
Retención urinaria	1 (1,4)	0	0,92
Íleo paralítico	0	1 (1,2)	0,92
Fiebre sin foco	0	1 (1,2)	0,92
Reintervención	0	1 (1,2)	0,92

Tabla 4. Variables cualitativas asociadas a la técnica quirúrgica

Variable	Histerectomía vaginal X(DE)	Histerectomía abdominal X(DE)	Dif. Medias (IC 95%)	p
Duración (min.)	65 (55-90)*	75 (65-90)*	-	0.039
Descenso hemoglobina (g/dL)	1,58 (1,00)	2,47 (1,55)	0,89 (0,46- 1,31)	< 0,0001
Hemoglobina postquirúrgica (g/dL)	10,7 (2,4)	10,5 (1,8)	0,2 (-0.4 - 0,86)	0,55
Estancia media (días)	2,53 (1,3)	3,94 (2,6)	1,4 (0,73- 2,08)	< 0,0001

*mediana (p25-p75)

Tabla 5. Variables cuantitativas asociadas a la técnica quirúrgica

Variable	Volumen uterino por ecografía (cc.) X(DE)	Dif. Medias (IC 95%)	p
Morcelación			
Sí	639,98 (177,98)	210,8 (35,7 – 385,9)	0,019
No	429,12 (220,14)		
Hemisección			
Sí	549,36 (196,87)	183,4 (71,3 – 295,5)	0,002
No	365,89 (216,79)		
Miomectomía			
Sí	559,50 (185,51)	132,4 (-11,8 – 276,7)	0,07
No	427,06 (228,67)		

Tabla 6. Técnicas quirúrgicas asociados a la histerectomía vaginal para reducir el tamaño uterino

Variable	Histerectomía vaginal N (%)	Histerectomía abdominal N (%)	p
Primera revisión postquirúrgica			
Sintomática	12 (17,1)	7 (8,3)	0,09
IUE	4 (33,3)	2 (28,6)	1
Dolor abdominal	4 (33,3)	5 (71,4)	0,77
Exploración			0,70
Normal	66 (94,3)	81 (96,4)	0,80
Infección herida quirúrgica	3 (4,3)	3 (3,6)	1
Última revisión			
Sintomática	6 (9,1)	8 (10,4)	0,74
IUE	2 (25)	4 (50)	0,84
Dolor abdominal	0	3 (37,5)	0,31
Sangrado vaginal	1 (12,5)	0	0,92
Dispareunia	1 (12,5)	0	0,92
Exploración			0,26
Normal	65 (98,5)	71 (92,2)	0,17
Granuloma cúpula	1 (1,5)	0	0,92
Cistocele G ≥ II	0	3 (3,6)	0,31
Hernia incisional	0	1 (1,2)	0,92

Tabla 7. Variables cualitativas asociadas al seguimiento a corto y largo plazo

DISCUSIÓN

Durante décadas se ha considerado el abordaje abdominal la vía quirúrgica de elección para realizar histerectomías. Se han publicado numerosos estudios con el objetivo de incentivar la cirugía reglada y sistemática de histerectomías vaginales o vaginales laparoasistidas que mejoren los resultados quirúrgicos del abordaje laparotómico.

En 1999 la Sociedad de Cirujanos Reconstructores de la Pelvis respaldados por la Nacional Guideline Clearinghouse (NGC) publicaron los requisitos necesarios para realizar histerectomías por vía vaginal, que consistían en: vagina amplia, peso uterino menor de 280gr, prolapso uterino (al menos grado I) y patología uterina asociada (miomas, adenomiosis o cáncer cervical in situ)⁸.

Kovac, SR y cols desde la década de 1980 han trabajado en la elaboración de una guía de actuación que determine el abordaje quirúrgico más apropiado de las histerectomías por patología benigna.

En 1995, basándose en un estudio de 675 pacientes establecen como requisito necesario de histerectomía vaginal tener un útero igual o menor de 280 gr., realizando asistencia laparoscópica en los casos con antecedentes de cirugía pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica, y/o la presencia de patología uterina y/o anexial. Realizaron 548(99%) histerectomías vaginales, 63 de ellas laparoasistidas. El estudio anatomopatológico confirmó que el 94% de los casos presentaban úteros con un peso superior a 280gr y además se vio que el 97% de los casos presentaba algún factor de riesgo que hubiera justificado la realización de una histerectomía abdominal. Publica una reducción de la estancia media hospitalaria, de los costes y una más rápida

recuperación e incorporación a la vida diaria de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal respecto la vía abdominal⁴.

En 2002, realiza otro estudio prospectivo en 407 pacientes con patología uterina benigna eligiendo la vía de abordaje abdominal o vaginal de la histerectomía en función de las recomendaciones de la Sociedad de Cirujanos Reconstructores de la Pelvis. Realiza con éxito la histerectomía por vía vaginal en el 91,8% de los casos, empleando la laparoscopia en el 25,8% de los pacientes, con una razón de 1:11 vía abdominal vs. vaginal respecto 3:1 cuatro años antes y con una reducción significativa de las complicaciones quirúrgicas por vía vaginal⁹.

Concluye diciendo que las recomendaciones publicadas por la Sociedad de Cirujanos Reconstructores de la Pelvis favorece el empleo de la vía vaginal en pacientes que a priori no hubieran sido candidatos.¹⁰

Varma, R y cols en 2001, en un estudio prospectivo analizaron las posibles limitaciones e indicaciones de la histerectomía por vía vaginal, para ello realizaron el mayor número posible de histerectomías vía vaginal durante cinco años (252/553) excluyendo a los casos que presentaban prolapso genital, patología anexial (enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis severa), tamaño uterino mayor de 16 cm y/o malignidad, no encontrando diferencias respecto la nuliparidad o antecedente de cesárea previa en ambos grupos. Concluyeron que no se producía un aumento de la morbilidad en el grupo de la histerectomía vaginal y que el determinante principal para realizar un abordaje vaginal no eran las características clínicas en muchas ocasiones sino la actitud del cirujano¹¹. Estos resultados sugieren que la ausencia de prolapso uterino, la nuliparidad o la cesárea anterior no deben considerarse criterios, a priori de histerectomía abdominal.

En nuestro estudio no hubo diferencias significativas respecto a la presencia de prolapso uterino en ambos grupos, por lo tanto su presencia o ausencia no influyó en los resultados obtenidos, en los casos que presentaban patología anexial o antecedente de cirugía pélvica previa la intervención se asistió mediante laparoscopia.

Sizzi y cols, en 2004, en un estudio prospectivo de 204 pacientes, realizaron histerectomía vaginal por úteros miomatosos de gran tamaño (280gr-2000gr) sin prolapso genital y/o al menos una de las contraindicaciones clásicas para el abordaje vaginal. Para ello se realizó morcelamiento o fragmentación en el 100% de los casos, anexectomía en el 90.6% de los casos en los que estaba indicado y solo en el 1,6% (4 casos) se empleo la laparoscopia. Concluyeron que el peso uterino no debía incluirse como criterio de exclusión para la indicación de una histerectomía vaginal¹². Taylor, MD y cols, en 2003, compararon en un estudio retrospectivo las complicaciones intra y postoperatorias en 208 histerectomías abdominales y 139 histerectomías vaginales con morcelación por útero miomatoso de menos de 980 gr. de peso. Concluyen que la histerectomía vaginal asociada al morcelamiento es una técnica segura y que presenta menor número de complicaciones intra y postoperatorias y menor estancia media de forma significativa respecto a la histerectomía abdominal¹³.

En nuestro estudio empleamos el morcelamiento, la hemisección y la miomectomía como técnicas complementarias a la histerectomía vaginal para reducir el tamaño uterino presentando, de forma significativa, un mayor volumen uterino en los casos en los que aplicaron el morcelamiento y la hemisección, respecto a los casos en los que no se emplearon, esto sugiere que son técnicas complementarias útiles en los casos de úteros de gran tamaño. La necesidad de emplear la laparoscopia en nuestra serie, al igual que el trabajo de Sizzi fue minoritaria, precisándose en seis casos.

El antecedente de cesárea anterior representó durante años un criterio de exclusión para el abordaje vaginal debido a las posibles complicaciones hemorrágicas y al riesgo de daño vesical asociado. En el estudio retrospectivo de Sheth, SS y cols en 1995 se compararon 220 histerectomías vaginales en pacientes con una o más cesáreas previas y 200 histerectomías vaginales sin cirugía pélvica previa; sólo 3 (1,4%) pacientes con cesárea anterior presentaron lesión vesical. Concluyeron que la presencia de un útero móvil menor de 13 cm., ausencia de patología anexial, parto vaginal previo y vagina amplia favorecen el éxito de la vía vaginal, mientras que la cesárea previa no modifica los resultados de la histerectomía salvo el antecedente de infección de la herida quirúrgica por el riesgo de adherencias secundarias vesico cervicales¹⁴. En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas respecto al antecedente de cesárea anterior ni en función del número de las mismas entre ambos grupos.

Respecto la paridad como factor limitante a la hora de indicar la vía de la histerectomía, Agostini, A y cols en 2003 publicaron un estudio prospectivo donde comparan 54 histerectomías vaginales realizadas en nulíparas y en 293 en primíparas o múltiparas. Realizaron con éxito el 96.1% (50/52) de las histerectomías en nulíparas y encontraron diferencias significativas en el tiempo quirúrgico y en las complicaciones quirúrgicas a favor del grupo con parto vaginal previo.¹⁵ En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la paridad, por lo que pensamos que no es un dato que se deba tener en cuenta a la hora de establecer la vía de realización de la histerectomía ni condiciona los resultados de la técnica.

Múltiples ensayos clínicos han demostrado que la ooforectomía no es una contraindicación de histerectomía vaginal publicando tasas del 95% de ooforectomías realizadas vía vaginal con o sin laparoscopia^{16,17}. En nuestro estudio se realizó sin dificultad mediante un abordaje abdominal o vaginal siempre que estuvo indicado, en ningún caso la necesidad de realizar la ooforectomía determinó la vía quirúrgica, aunque se hayan realizado más de forma significativa por vía abdominal es debido a otros factores como la edad, patología anexial asociada, etc.

En el ensayo clínico randomizado de Benassi, L y cols en 2002, se compararon 60 histerectomías vaginales frente 59 abdominales por útero miomatoso sintomático con pesos comprendidos entre 200 y 1300 gr., no encontraron diferencias significativas en el peso uterino ni en las complicaciones intraoperatorias entre ambos grupos, sin embargo encontraron diferencias significativas en el tiempo quirúrgico, incidencia de fiebre, necesidad de analgesia, estancia hospitalaria y costes a favor de la vía vaginal¹⁸. Resultados similares presentaron en el estudio retrospectivo de Doucette, RC y cols en 2001 en el que compararon 250 casos de histerectomía vaginal por útero miomatoso sintomático mayor de 180gr en pacientes nuligestas o sin antecedente de parto por vía vaginal y cesárea ó laparotomía previa con dos grupos controles uno de histerectomías vaginales laparoasistidas y otro de histerectomías abdominales de 250 pacientes cada uno, encontraron a favor de la vía vaginal y de forma significativa un menor tiempo quirúrgico, menor número de complicaciones y una menor estancia hospitalaria; concluyeron diciendo que el tamaño-peso uterino, la nuliparidad, la cesárea previa o el antecedente de otra laparotomía previa no deben constituir una contraindicación para realizar histerectomías por vía vaginal¹⁹.

Finalmente la Cochrane en 2006 publicó una revisión sistemática sobre las distintas vías de abordaje de la histerectomía por patología uterina benigna, incluye 27 estudios randomizados y 3643 pacientes. Al comparar la histerectomía vaginal respecto a la abdominal encuentra que la vía vaginal presenta menor estancia media, menores complicaciones intraoperatorias (hemorrágicas, lesión vesical, intestinal,...), más rápida recuperación y menor número de complicaciones postoperatorias destacando

menor tasa de infección y fiebre siendo todos los resultados significativos. Concluye recomendando la histerectomía vaginal como vía de elección siempre que sea posible, asociando la laparoscopia como técnica quirúrgica secundaria para evitar la laparotomía⁶.

En nuestro estudio se obtuvo un menor tiempo quirúrgico, una menor pérdida hemática y una menor estancia hospitalaria de forma significativa en las histerectomías realizadas vía vaginal respecto a la vía abdominal. El número de complicaciones intraoperatorias fue significativamente mayor en el grupo de histerectomías realizadas vía vaginal, esto es debido a la reconversión a laparotomía como principal complicación, en nuestra muestra cabe enunciar que el riesgo de reconversión aumenta por operan situaciones límites como candidatas a cirugía vaginal.

Las lesiones vesicales fueron más frecuentes en la histerectomía vaginal y la infección de la herida quirúrgica en la histerectomía abdominal, aunque no alcanzan la significación seguramente debido al tamaño de la muestra.

Los resultados a largo plazo tras una histerectomía por patología benigna se clasifican en disminución de la sintomatología inicial, valoración psicosexual y grado de satisfacción del paciente. El estudio multicéntrico de Kjerulff y cols en 2000 sobre 1299 pacientes sometidas a histerectomía, sin diferenciar vía quirúrgica, refiere una disminución de la sintomatología al año de la intervención en un 99% de los casos, una mejora de la calidad de vida en casi el 100% de los casos y una disminución del dolor pélvico en un 87%; un 85% de las pacientes estaban satisfechas, un 11% parcialmente satisfechas, 3% algo satisfechas y menos del 1% insatisfechas²⁰. El estudio prospectivo de Farquhar, CM y cols en 2006, sobre 314 mujeres con histerectomía encontró que más del 90% estaban satisfechas a los tres años de la cirugía²¹. Silva-Filho, AL y cols en 2006, estudian el grado de satisfacción y calidad de vida de las mujeres sometidas a histerectomía abdominal o vaginal por útero miomatoso menor de 300 cc encontrando diferencias significativas respecto a la calidad de vida (capacidad funcional, el dolor y los aspectos psicológicos) al mes de la intervención a favor de la vía vaginal²².

Los estudios previos observacionales se deben interpretar con precaución ya que la elección de la vía quirúrgica puede haberse visto influenciada por otros factores secundarios a la enfermedad y por la complejidad del procedimiento; así mismo, los resultados de este estudio retrospectivo no están exentos de sesgos que afectan a su validez interna.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones metodológicas del estudio y del pequeño tamaño de la muestra nuestros resultados ofrecen datos positivos a favor del manejo del útero miomatoso mediante un abordaje vaginal, obteniéndose un menor tiempo quirúrgico, menor pérdida hemática y menor estancia hospitalaria respecto a la vía abdominal así como un alto porcentaje de pacientes asintomáticas y satisfechas a largo plazo tras la cirugía. Estos resultados nos permiten considerar a la histerectomía vaginal como una técnica quirúrgica segura, incluso de elección, frente a la vía abdominal en los casos de útero miomatoso móvil y menor de 160mm. En los casos de coexistir patología anexial que pueda limitar el éxito de la vía vaginal, la laparoasistencia facilita la adhesiolisis y la anexectomía si procede, evitando la realización de la laparotomía.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Babalola, EO; Bharucha, AE; Zinsmeister, AR; et al. Epidemiology of Hysterectomy in Olmsted County, Minnesota, 1965 - 2002: A Population-Based Study. *Journal of Pelvic Medicine & Surgery* 2006; 12(2):113
- ² Merrill RM. Hysterectomy Surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit.* 2008;14(1):CR24-31
- ³ Management of Uterine Fibroids. Agency for Healthcare Research and Quality. 2001: n° 34. www.ahrq.gov/clinic/epcsums/utersumm.htm
- ⁴ Kovac, SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995;85:18
- ⁵ ACOG Committee Opinion. Number 311. Appropriate use of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2005;105:929
- ⁶ Jonson, N; Barlow, D; Lethaby, A; et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006: CD003677
- ⁷ Memoria FHA. Análisis externo de la población. Atención primaria. Recursos. 2003.
- ⁸ Nacional Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline Synthesis: guidelines for determining the route of hysterectomy for benign conditions. In: National Guideline Clearinghouse (NCG) [website]. Rockville (MD); [cited 2000 Mar 1]. <http://www.guideline.gov>.
- ⁹ Kovac, S. Robert MD a; Barhan, Sheela MD b; Lister, Margit MD b; et al. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: Application in a resident clinic population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002 187(6):1521-7
- ¹⁰ Kovac, SR. Clinical opinion: guidelines for hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 191(2):635-40
- ¹¹ Varma, R; Tahseen, S; Lokugamage, AU; Kunde, D. Vaginal Route as the Norm When Planning Hysterectomy for Benign Conditions: Change in Practice. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97(4):613-6.
- ¹² Sizzi, O; Paparella, P; Bonito, C; et al. Laparoscopic asistense alter vaginal hysterectomy and unsuccessful access to the ovarios or failed uterine mobilization: changing trends. *JSLs* 2004;8:339
- ¹³ Taylor, SM; Romero AA; Kammerer-Doak, DN; et al. Abdominal hysterectomy for the enlarged myomatous uterus compared with vaginal hysterectomy with morcellation *American Journal Of Obstetrics and Gynecology* 2003;189(6):1579-82
- ¹⁴ Sheth, SS; Malpani, AN. Vaginal hysterectomy in following previous cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;50(9):165-2
- ¹⁵ Agostini, A; Bretelle, F; Cravello, L; et al. Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse: a prospective comparative study. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2003; 58(8):528-529.

¹⁶ Kovac, SR; Cruikshank, SH. Guidelines to determine the route of oophorectomy with hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996; 175(6):1483-8.

¹⁷ Ballard, LA; Walters, MD. Transvaginal Mobilization and Removal of Ovaries and Fallopian Tubes After Vaginal Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology* 1996; 87(1):35-9.

¹⁸ Benassi, L; Rossi, T; Kaihura, CT; et al. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: A randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1561-5.

¹⁹ Doucette, RC; Sharp, HT; Alder, SC. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1386-91

²⁰ Kjerulff, KH; Rhodes, JC; Langerberg, PW; et al. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(6):1440-7

²¹ Farquhar, CM; Harvey, SA; et al. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(3):711-7

²² Silva-Filho AL, Werneck RA, de Magalhães RS, Belo AV, Triginelli SA. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2006 Apr;274(1):21-4. Epub 2006 Jan 12