

Histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar en útero sin prolapso

Olegario Rodríguez Morales,* Juan Solís Medrano,** Joaquín Oliva Cristerna,*** Luis Alberto Pérez Flores,*** Héctor Hernández García,*** Alfredo Alaniz Sánchez,*** Javier Degollado Bardales****

RESUMEN

Objetivo: comunicar las ventajas de la histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar con pinza de Biclamp en útero sin prolapso.

Material y método: estudio multicéntrico, prospectivo y transversal efectuado con 380 pacientes a quienes se les realizaron histerectomías vaginales con Biclamp debido a diagnósticos de: miomatosis uterina (35%), hemorragia uterina anormal (13%), hiperplasia endometrial (8%), adenomiosis (6%), prolapso uterino (4%), infección por virus del papiloma humano más otra enfermedad agregada (2%) y cáncer cervicouterino *in situ* (0.5%). Los límites de edad fueron 26 y 69 años, con promedio de 42. Se utilizó el equipo de Biclamp (VIO 300 ERBE) y una pinza eléctrica bipolar.

Resultados: se realizaron 380 histerectomías vaginales por miomatosis uterina en casi 70% de los casos, con 6.5% de morbilidad y mortalidad, tiempo quirúrgico de 45 minutos, estancia hospitalaria de 1.5 días, sangrado transoperatorio de 150 mL, en promedio. Los límites del peso uterino fueron 70 y 960 gramos. El tiempo de incapacidad laboral para las pacientes trabajadoras se redujo al 50%.

Conclusiones: es una técnica fácilmente reproducible para el ginecólogo adiestrado en las técnicas tradicionales de histerectomía, procedimiento de mínima invasión y corta estancia hospitalaria que evita grandes disecciones. Es una cirugía estética que reduce el trauma psicológico a la paciente y disminuye el estrés del equipo quirúrgico.

Palabras clave: histerectomía vaginal, útero sin prolapso, no invasora, innovadora, electrocirugía bipolar, México.

ABSTRACT

Objective: To report the advantages of vaginal hysterectomy with bipolar electro-surgery using a biclamp forceps in non-prolapsing uterus.

Material and methods: Multicentric, prospective, transverse study of 380 patients who underwent a vaginal hysterectomy with a Biclamp for the following conditions: uterine myomatosis (34%); abnormal uterine hemorrhage (11%); endometrial hyperplasia (8%); adenomyositis (6%); uterine prolapse (4%); human papilloma virus plus an added infection (2%); *in situ* uterine cervical cancer (0.5%). The age of the patients ranged from 26 to 69 years; mean age, 42 years. The Biclamp (VIO 300 ERBE) kit and a bipolar electric clamp were used.

Results: Vaginal hysterectomy was performed in 380 patients. Almost 70% of them had uterine myomatosis. Morbidity and mortality was 6.5%. Duration of the surgical procedure was 45 minutes. Average length of hospitalization, 1.5 days. Average blood loss was 150 mL. Weight of the uterus ranged from 70 to 960 grams. Absenteeism of working patients was reduced by 50%.

Conclusions: This is an easily reproducible technique for gynecologist trained in hysterectomy traditional techniques. It is also a non-invasive procedure and short hospital stay that avoids big dissections. It is an aesthetic surgery reducing psychological trauma to patient and the stress of surgical team.

Key words: vaginal hysterectomy, non-prolapsing uterus, non-invasive surgery, innovative surgery, bipolar electro-surgery, Mexico.

* Coordinador de obstetricia.

** Coordinador del servicio de tococirugía.

*** Médico ginecoobstetra.

**** Coordinador del servicio de enseñanza y actualización continua.
Hospital de Ginecoobstetricia Tlatelolco, IMSS. México, DF.

E-mail: cicemidoc@oleg.com.mx.

Recibido: julio, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Rodríguez MO, Solís MJ, Oliva CJ, Pérez FLA y col. Histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar en útero sin prolapso. Rev Esp Med Quir 2008;13(1):8-11.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Correspondencia: Dr. Olegario Rodríguez Morales. Petén 363, colonia Narvarte, 03020, México, DF.

La histerectomía vaginal con Biclamp aplicada a pacientes con padecimientos que necesariamente se corrigen con tratamiento quirúrgico es una opción innovadora, no invasora, y que no altera la estática pélvica.¹⁻¹⁴ Es una técnica que cambiará el futuro de la ginecología porque sustituirá, a corto plazo, a la histerectomía total abdominal y a la laparoscópica.^{7-9,12,13} Para los médicos ginecoobstetras es indispensable contar con la tecnología más avanzada que sea inocua para la paciente y que mejore su evolución posquirúrgica. Ésta es la razón por la que se reporta la experiencia de los dos primeros hospitales en México que ponen en práctica esta técnica. La histerectomía vaginal con Biclamp se inició en Alemania y Francia, con los doctores Zubke, Clavé y Nicolai.^{11-13,15,16} En septiembre de 2004 y en octubre de 2005, en el IMSS y el ISSSTE, respectivamente, comenzó a aplicarse esta técnica con gran éxito e innumerables ventajas: no requiere suturas, no deja cicatrices, la recuperación es rápida, el sangrado y el dolor son mínimos, la estancia hospitalaria es de 24 a 36 horas y el ayuno posquirúrgico es de seis horas. El equipo de Biclamp se regula automáticamente para que la coagulación y desvitalización del tejido sean exactas. La pinza eléctrica es la que permite prescindir de las suturas convencionales^{7,11,12} (figura 1). Los autores consideramos que el aumento de la temperatura a 1 mm del borde de la pinza no sobrepasa los 40 °C, y el material quirúrgico se reduce a diez instrumentos.^{4,11-16}

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio multicéntrico, prospectivo y transversal que se realizó entre septiembre de 2004 y octubre de 2006. Se hicieron 380 histerectomías vaginales con Biclamp en pacientes con diagnósticos de: miomatosis uterina (35%), hemorragia uterina anormal (13%), hiperplasia endometrial (8%), adenomiosis (6%), prolapso uterino (4%), infección por virus del papiloma humano más otra enfermedad agregada (2%), y cáncer cervicouterino *in situ* (0.5%, figura 1). A todas las pacientes se les realizó el protocolo preoperatorio completo y se les informó acerca del tipo de cirugía que se les realizaría. Sus antecedentes ginecoobstétricos fueron: nulíparas, multíparas e incluso con tres cesáreas previas (135, 35.5%, figura 2). Los límites de edad fueron 26

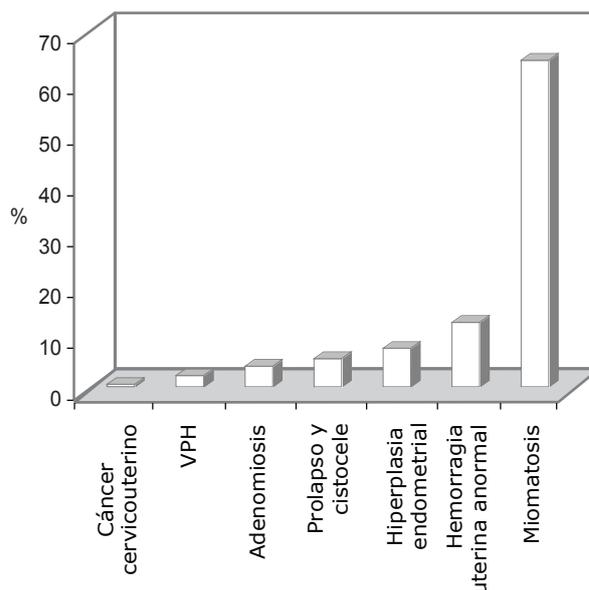


Figura 1. Diagnóstico preoperatorio de pacientes a quienes se les practicó histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar.

y 69 años, con promedio de 42. Se utilizó el equipo de Biclamp (VIO 300 ERBE) y una pinza eléctrica bipolar, que se encuentran disponibles en los nosocomios donde se efectuó el estudio: Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital General José María Morelos y Pavón, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

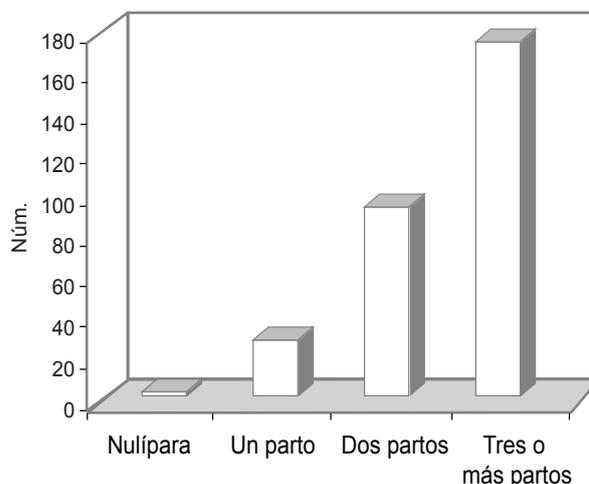


Figura 2. Antecedentes ginecoobstétricos de pacientes a quienes se les practicó histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar.

Recursos humanos: se requirió un médico ginecoobstetra adiestrado en la técnica, dos médicos en adiestramiento, un anestesiólogo, un instrumentista y un circulante. Se excluyeron del estudio las pacientes que no aceptaron la cirugía vaginal, con diagnóstico de endometriosis aguda, o con antecedente de múltiples cirugías abdominales (más de tres). Toda participante y un familiar de cada una firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

De las 380 hysterectomías realizadas, 309 se efectuaron en el IMSS y 71 en el ISSSTE. El tiempo quirúrgico promedio fue de 45 minutos, por ser sedes de adiestramiento; con un médico adiestrado el tiempo promedio se reduce a sólo 30 minutos. La media en mililitros del sangrado transoperatorio fue de 150. El peso del útero extraído varió de 70 a 960 gramos. La estancia hospitalaria posoperatoria fue de 24 a 36 horas. El periodo de incapacidad se redujo a 50% (14 días). La analgesia posoperatoria fue menor a 50% en posología y tiempo (figura 3).

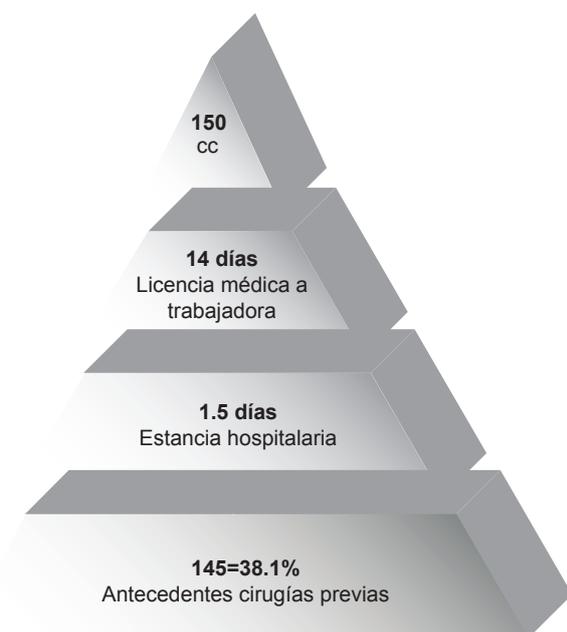


Figura 3. Bondades de la hysterectomía vaginal con electrocirugía bipolar.

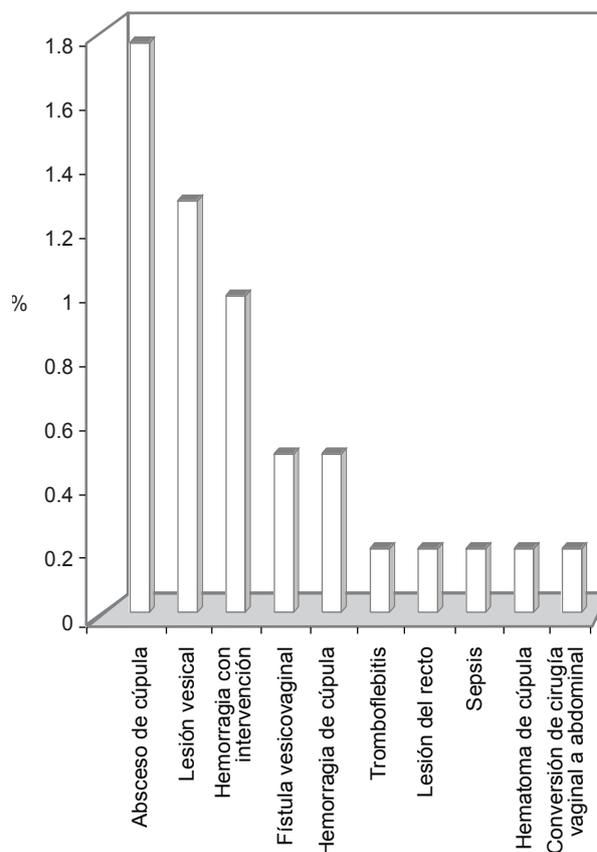


Figura 4. Morbilidad en pacientes a quienes se les practicó hysterectomía vaginal.

Morbilidad y mortalidad. De las 380 hysterectomías hubo 25 complicaciones (6.5%): absceso de cúpula vaginal, 7; lesión vesical transoperatoria, 5; hemorragia con reintervención, 4; fístula vesicovaginal, 2; hemorragia de cúpula, 2; tromboflebitis, 1; lesión de recto con tijera, 1; sepsis y muerte de causa no esclarecida, 1; hematoma de cúpula, 1, y conversión de cirugía vaginal a abdominal por dificultades técnicas, 1. A todas las pacientes se les resolvió el problema dentro de las instituciones, excepto a la paciente que tuvo sepsis, de quien se desconocen el tipo de tratamiento y la causa de muerte.

DISCUSIÓN

Debido a que el padecimiento más frecuente en ginecología es la miomatosis uterina, su diagnóstico preoperatorio supera 66% para la indicación de histe-

rectomía. Es importante contar con opciones que sean inocuas para la paciente y para el grupo ginecológico. En la actualidad la tendencia quirúrgica universal es a menor invasión. Esta es la razón por la que nos interesa dar a conocer nuestra experiencia en la histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar con la pinza Biclamp en pacientes sin alteraciones de la estática pélvica.

Estamos seguros que ésta es la técnica del futuro y que ya se realiza en nuestros hospitales, que viene a desplazar a la histerectomía total abdominal y laparoscópica. Con base en la evolución de las 380 pacientes aquí reportadas no dudamos de la favorable repercusión que esto ocasionará en nuestra sociedad civil y médica conforme pueda hacerse extensiva, con el propósito principal de plantear la posibilidad de que sea una técnica quirúrgica de primera elección, no invasiva, inocua, que disminuirá de manera muy importante los aspectos médicos, laborales, sociales, emocionales, económicos y hospitalarios.

CONCLUSIONES

La histerectomía vaginal con electrocirugía bipolar es una técnica quirúrgica fácilmente reproducible por el ginecólogo adiestrado en las técnicas tradicionales de histerectomía. Es un procedimiento de mínima invasión y corta estancia hospitalaria, que evita grandes incisiones, con amplia aceptación por el cuerpo médico una vez que cuenta con el adiestramiento. Es una cirugía estética que reduce el trauma psicológico de la paciente y que, al mismo tiempo, disminuye el estrés del equipo quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Ginecol Obstet Mex 1994;62:35-39.
2. Clínicas de Norteamérica. Tomo 1. 1996;pp:171-89.
3. Ginecol Obstet Mex 1966;21:573-81.
4. Ginecol Obstet Mex 1987;55:145-48.
5. Cosson M. Cirugía ginecológica por vía vaginal. México: Panamericana, 2005;pp:189-94.
6. Histerectomía vaginal. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Mex 1994;62:255.
7. Vargas V. Histerectomía, indicaciones, complicaciones y alternativas. 2004;pp:331-51.
8. Kaser O, Hirsch HA, Iklé FA. Atlas de cirugía ginecológica. 5ª ed. 1997;pp:221-6.
9. Gracia GM. Ventajas de la histerectomía vaginal sobre otras técnicas. 2005;pp:1-11.
10. Analysis of 1,000 hysterectomies. Technical simplifications and reflexions. ISSSTE hospitals. Ginecol Obstet Mex 1994;62:35-39.
11. Clavé H, Nicolai P. Hystérectomie sans douleurs: une technique innovante. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32:375-80.
12. Clavé H, Nicolai P. Painless vaginal hysterectomy with thermal hemostasis (results of a series of 152 cases). Gynecological Surgery Endoscopy, Imaging, and Allied Techniques, 2005.
13. Miskry T, Magos A. Randomized, prospective, double blind comparison of abdominal and vaginal hysterectomy in women without uterovaginal prolapse. Acta Obstet Gynecol 2003;82:351-8.
14. Kovac RS. Guidelines to determine the route of hysterectomy. Obstet Gynecol 1995;85(1):12-23.
15. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 1982;1:841-53.
16. Maresh MJA, Metcalfe MA, Mc Pherson K, et al. The Value National Hysterectomy Study: Description of the patients and their surgery. BJOG 2002;109:302-12.