

Puntos Clave de la Histerectomía Radical (Tipo III)

Key Points in Radical Hysterectomy (Type III)

Dimas Hernández-Aten,¹ Fernando Aragón-Sánchez,² Rosalva Barra-Martínez,³ Alejandro Quintana-Ocampo.⁴

▷ RESUMEN

La histerectomía radical abdominal se desarrolló a finales de siglo XIX para tratar el cáncer cérvico uterino y de la parte alta de la vagina. El desarrollo de la técnica se ha otorgado a Wertheim que basado en la experiencia de otros cirujanos como Clark, Reis y posteriormente Taussing y Meigs la describen también, así como los métodos para disminuir las complicaciones derivadas de la misma. Este procedimiento consiste en una serie de pasos más o menos estandarizados para extirpar el útero, los tejidos parametriales, paracervical y paravaginal y parte de la vagina. El orden de los pasos no es tan importante como la garantía de la radicalidad de la misma. En este artículo se describen los pasos claves por el autor que de acuerdo a su experiencia ayudan a disminuir las complicaciones de este procedimiento.

Palabras clave: Histerectomía radical, cáncer cervical IBI, técnica quirúrgica, México.

▷ ABSTRACT

The radical abdominal hysterectomy was developed at the end of the 19th century to treat cervico uterine cancer. The development of the technique has been granted to Wertheim that based on the experience of other surgeons as Clark and Reis and later on Taussing and Meigs also describe it, as well as the methods to diminish the complications derived from the same one. This procedure consists of a series of steps more or less standardized to extirpate the uterus, parametriales, paracervical and paravaginal tissue and the upper part of the vagina. The order of the steps is not as important as the guarantee of the completeness of the procedure. In this article describe the key steps and the order of the author that according to their experience help to diminish the complications of this procedure.

Keywords: Radical Hysterectomy, Cervical Cancer IBI, Surgery, Mexico.

1Jefe de la Unidad de Tumores Ginecológicos, Servicio de Oncología.

2Médico adscrito a la Unidad de Tumores Mixtos, Servicio de Oncología.

3Jefe de enseñanza del Servicio de Oncología, Médico adjunto a la Unidad de Tumores Mixtos, Servicio de Oncología.

Hospital General de México, Secretaría de Salud. México, D. F.

4Médico Oncólogo. Hospital General Regional de León Guanajuato, Secretaría de Salud. Guanajuato.

Correspondencia: Dr. Dimas Hernández Aten. Mérida Num.170, 2º Piso, Consultorio 225, Col. Roma Norte. Delg. Cuauhtémoc. 06700, Teléfono: 55 5502 8843. Correo electrónico: dimash@prodigy.net.mx

▷ INTRODUCCIÓN

Desde la descripción de Clark en 1895, la histerectomía radical ha sufrido a través de la historia diferentes modificaciones para la realización de la misma, todo esto con el fin de ofrecer menor morbilidad y disminuir el tiempo operatorio sin sacrificar los cánones oncológicos.

A continuación se ofrece la técnica realizada en el Hospital General de México, producto de la experiencia del autor a manera de poder estandarizar dicha técnica y hacer de ella un arma dentro del arsenal oncológico, seguro, viable, confiable y libre de complicaciones en la medida de lo posible.

▷ TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Bajo anestesia general con el paciente en decúbito dorsal, en posición de Trendelenburg y con sonda vesical a permanencia, se practica una incisión en línea media supra e infra umbilical (se recomienda que la porción supra umbilical de esta incisión se realice a 10cms de la cicatriz umbilical). Una vez ingresada a la cavidad abdominal nosotros colocamos el separador de Finochietto que es el que nos da una mejor exposición de la misma.

2. Abrimos el ligamento ancho y se procede a disecar el infundíbulo pélvico el cual se pinza, secciona y se liga lo más posterior posible, continuando con el ligamento redondo realizamos la misma maniobra, se secciona lo más cerca de la pared pélvica y así obtenemos una buena exposición del retroperitoneo (**Figura 1**).

Se continúa con la apertura de la hoja anterior del peritoneo, para exponer el retroperitoneo (**Figura 2**), hasta la mitad del repliegue vesíco-uterino y cefálicamente por fuera del infundíbulo pélvico hasta unos 5 cm a 6 cm por encima de la bifurcación de la aorta; exponemos los vasos ilíacos externos e internos e identificamos el uréter el cual se encuentra adosado a la hoja peritoneal posterior.

3. El autor inicia la disección ganglionar de la fosa obturatriz como primer tiempo de la cirugía y es el primer punto clave (**Figura 3**) dejando al descubierto el piso pélvico y la fosa paravesical lo que nos permitirá posteriormente facilitar la disección de los vasos ilíacos externos y el contenido retrocrural por su buena exposición.

4. En el segundo punto clave se procede a realizar la linfadenectomía desde 3 cm a 4cm. por arriba de la bifurcación de la aorta y la porción terminal de la cava (**Figura 4**), con lo que se podrá disecar el tejido linfático paraaórtico, paracaval y tejido ganglionar de los vasos ilíacos primitivos.

5. Se continúa la disección ganglionar disecando la arteria iliaca externa de afuera hacia adentro y por su cara

Figura 1.

Se observa la toma del ligamento redondo **A.** y del infundíbulo.

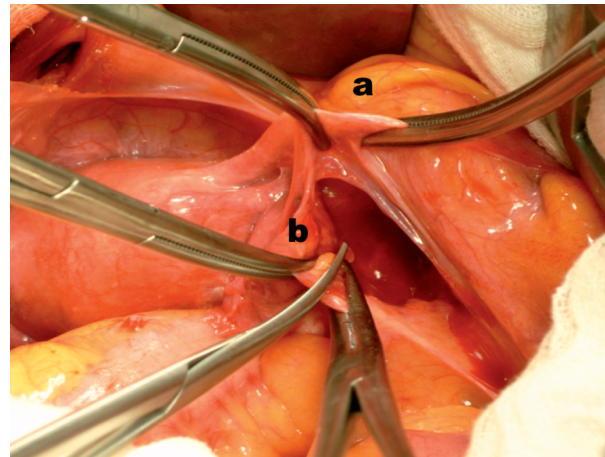
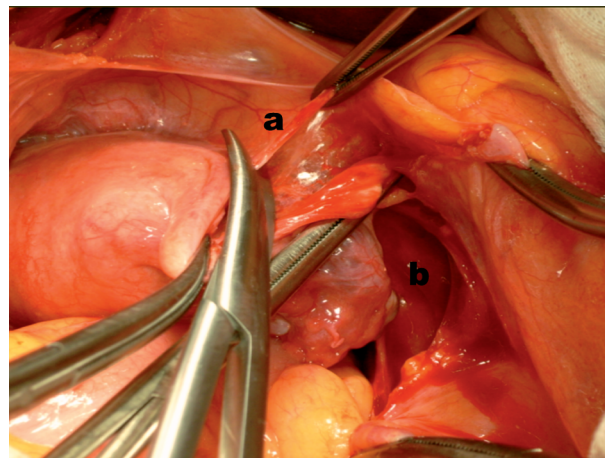


Figura 2.

A. Apertura del repliegue vesíco-uterino; **B.** Vasos ilíacos.



inferior, así como la vena iliaca externa hasta la región retrocrural; el límite lateral de la disección es el nervio génitocrural (**Figura 5**).

Se completa la disección del tejido parametrial desde la pared de la pelvis descubriendo y disecando el nervio obturador, seccionando y ligando los vasos obturadores y dejando al descubierto los vasos intrapélvicos del plexo hipogástrico (**Figura 6 y Figura 6 bis**).

Figura 3.

Se muestra la fosa obturatriz; **A.** el piso pélvico al fondo.

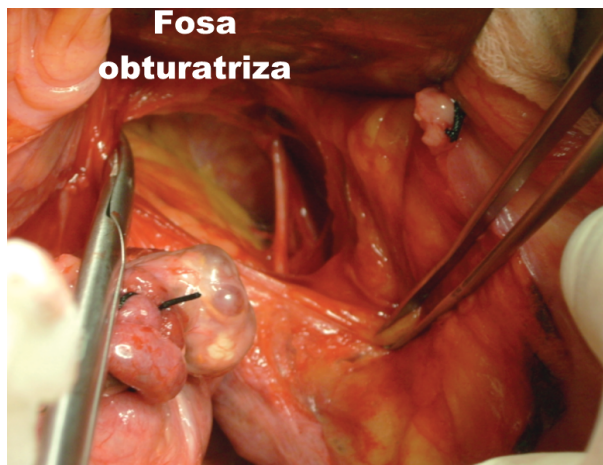


Figura 5.

Se observa el tejido ganglionar a disecar sobre los vasos ilíacos externos **A.** hasta la región retrocrurol **B.**; el nervio genitocrurol es el límite externo **C.**

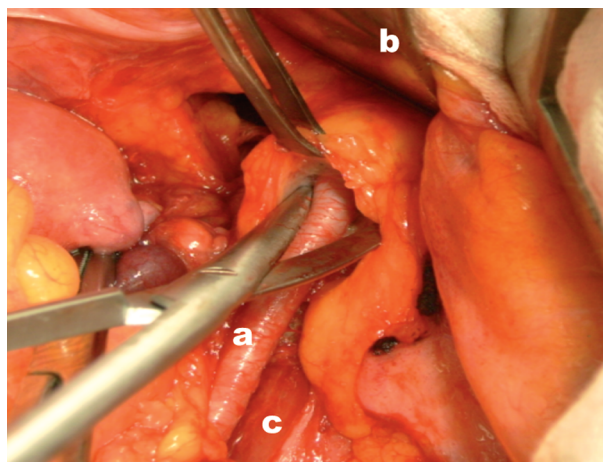


Figura 4.

Se observa la figura estando el cirujano del lado izquierdo realizando el lado derecho de la disección ganglionar; la pinza **A.** toma el tejido a disecar (porción caudal), la pinza **B.** toma la porción cefálica de dicho tejido el cual ligamos para evitar acumulo de linfa, en el fondo la aorta, La cava y el nervio genitocrurol **C.**

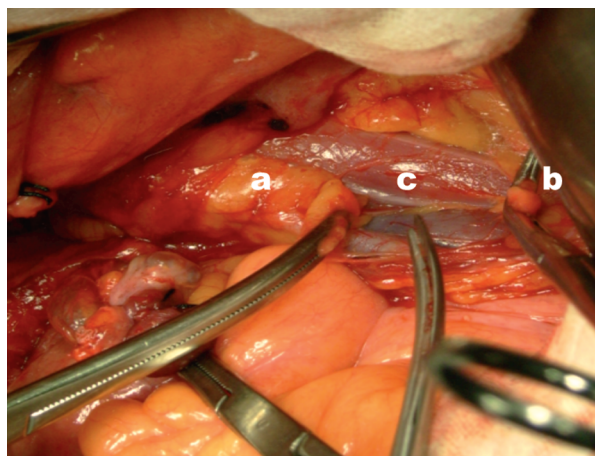
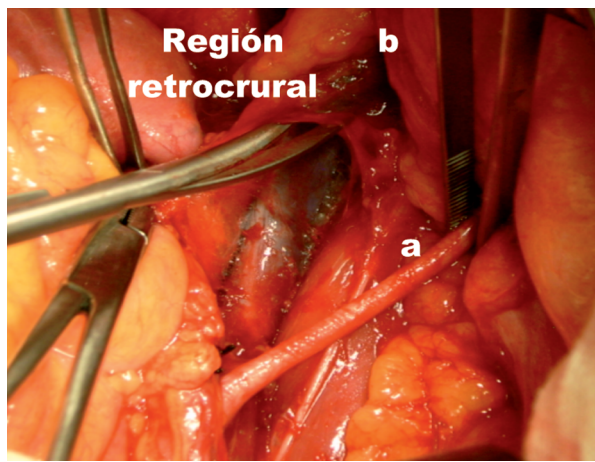


Figura 6.

Se completa la disección sobre los vasos ilíacos externos **A.** hasta la región retrocrurol inclusive **B.**



6. El tercer punto clave de esta cirugía es la disección de la arteria iliaca interna o hipogástrica que se realiza sobre su cara externa y con esta maniobra no lesionamos la arteria ureteral inferior que nace dentro de los primeros centímetros de la bifurcación de la arteria iliaca común y es básico para la irrigación del uréter. Posteriormente se lleva a cabo el ingreso al espacio para rectal abriendo con la punta de las tijeras por arriba de la emergencia de la

arteria vesical superior y el uréter y con el dedo índice de la mano izquierda se rechaza el uréter para protegerlo del pinzamiento subsecuente del plexo hipogástrico (**Figura 7**).

7. Después de haber ingresado en el espacio para-rectal se procede a desarrollar o disecarlo hasta el piso pélvico. Con el dedo índice y abrazar el plexo hipogástrico con el dedo medio de la mano izquierda seccionando o no la arteria vesical superior teniendo en cuenta que

Figura 6 bis.

Observamos, que la disección de la fosa obturatriz **A.** nos facilita la disección de los vasos ilíacos externos **B.** y de la pared pélvica, y se expone el tejido linfático retrocrurol **C.**

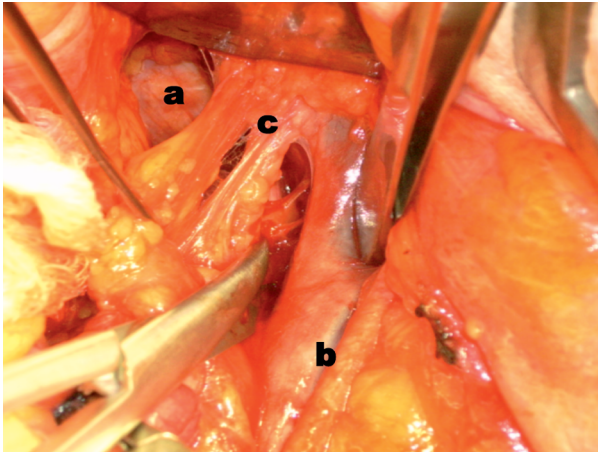


Figura 7.

Se observa la emergencia de la arteria vesical superior **A.** de la arteria hipogástrica **B.** para ingresar en el espacio para rectal **C.** así como la disección del tejido ganglionar en la cara externa de la arteria hipogástrica **D.**

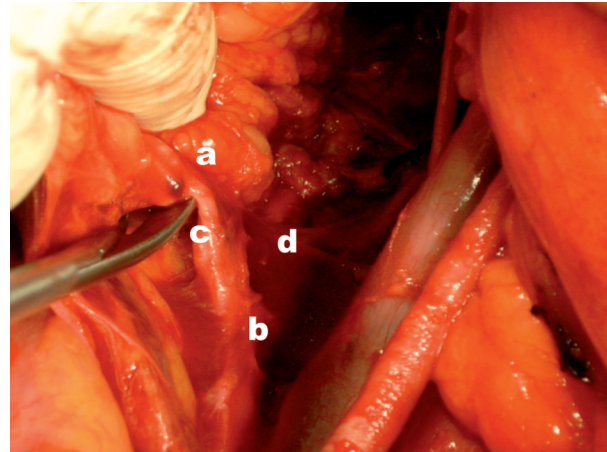


Figura 8.

Pinzamiento de arteria vesical superior **A.** y del plexo hipogástrico.

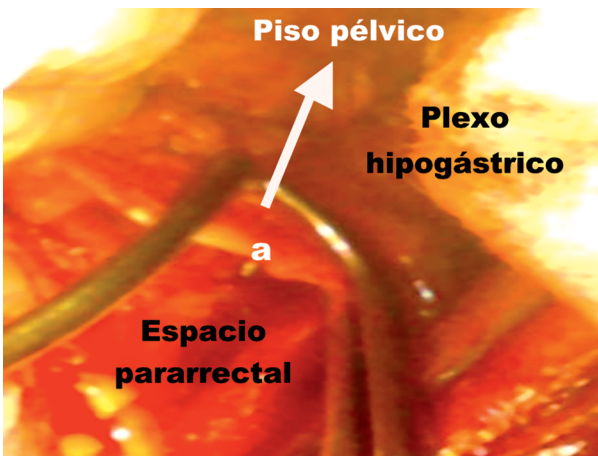
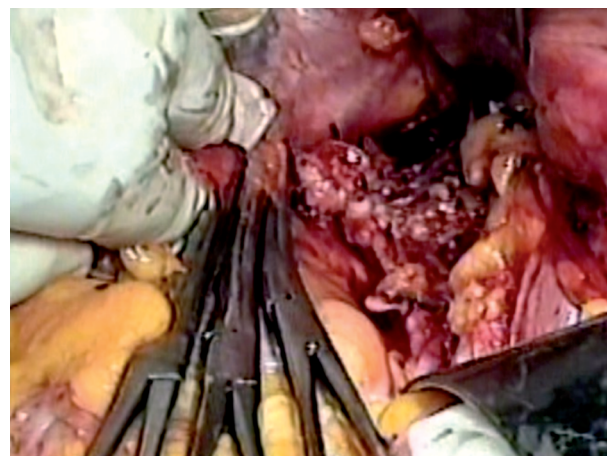


Figura 8 bis.

Se completa el pinzamiento y ligadura del plexo hipogástrico.



dicho pinzamiento se debe hacer a 2 cm de la emergencia de la arteria hipogástrica, se completa en tres pasos en general el pinzamiento del plexo hasta llegar al piso pélvico (**Figura 8 y 8 bis**).

8. A continuación se realiza la disección de los tabiques vesico-vaginal con las tijeras y recto vaginal con disección roma. Proseguimos con la sección y ligadura de los ligamentos úteros sacros hasta el piso pélvico para

facilitar la liberación del cuerpo uterino hacia la superficie de la herida quirúrgica y la tunelización del uréter y su disección.

9. El cuarto punto clave de esta cirugía se basa en poder liberar el uréter a la altura del borde lateral del útero, a manera de dejar la mayor cantidad de peritoneo a su alrededor. La tunelización del uréter (**Figura 9**) se lleva a cabo con la disección, sección y ligadura de los vasos

Figura 9.

Con una pinza de Mixer fina se tuneliza el uréter por debajo de los vasos uterinos, donde estos últimos se pinzan y ligan. Se refiere el uréter con un *Penrose*.

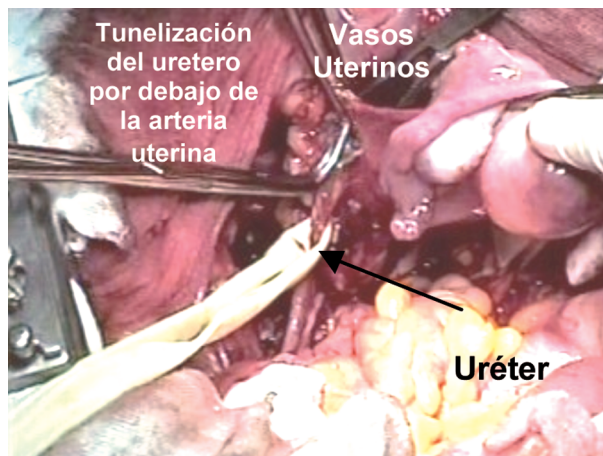


Figura 10.

Unión del tejido parametrial **A.** por debajo del uréter **B.** al borde lateral del útero **C.**

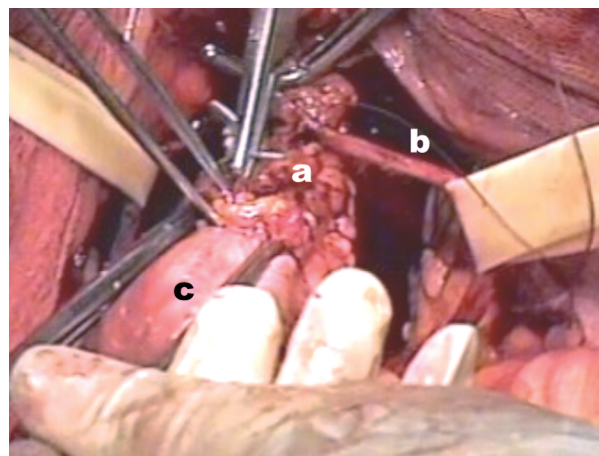


Figura 11.

Pieza operatoria producto de la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica.



uterinos por encima de este; continuamos el túnel hasta 2 cm por debajo de las ligaduras.

10. Como quinto punto clave, se realiza el corte y separación del tejido paravesical no tan cercano a la vejiga junto con el tejido adiposo ganglionar disecado pasándolo por debajo del uréter y fijado con un punto al borde lateral del cuerpo uterino y así extirpar en UN SOLO BLOQUE la pieza operatoria (**Figura 10**).

11. Por último, se realiza la separación de la vejiga lateralmente del borde vaginal para seccionar posteriormente la vagina en una distancia de 4 cm a 5 cm y así obtener un margen adecuado. En la **Figura 11** se observa la pieza operatoria resultado de esta cirugía.

► CONCLUSIÓN

Como podrán observar, la técnica operatoria es complicada pero si se le pone especial atención a los puntos clave descrito, de acuerdo con la experiencia del autor, ésta se facilitara en cierta manera y se evitaran complicaciones transoperatorias de cierta consideración.

REFERENCIAS

1. Piver MS, Rutledge F, Smith JP. Five clases of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstetrics and Gynecology* 1974;44: 265-272.
2. Abu-Rustum NR, Hoskins WJ. Histerectomía Abdominal Radical. *Urg Clin North Am* 2001;81:815-828.
3. Disaia PJ, Creasman WT. Cáncer cervical invasor, en *Oncología Ginecológica clínica*, 6ta Ed. Elsevier Science, 2002; p. 55-111.
4. Berek JS, Hacker NF, et al, *Cervical Cancer*, en *Practical Gynecologic Oncology*, Lippincott Williams & Wilkins, 2005; p. 395.
5. Shingleton HM, Thompson JD, Cáncer de cuello uterino, en: *Te Linde Ginecología Quirúrgica*, 8va. Ed. Editorial Médica Panamericana, 1998; p. 1437-1522.
6. Averette HE, Rodríguez M, Donato DM, et al. *Radical Hysterectomy*, en Nyhus Lm, Baker RJ, Fischer JE, *Mastery of Surgery*, 3rd Ed. Little, Brown and Company, 1997; p. 1752-1764.
7. Horowitz IR, *Female Genital System*, en Wood WC, Skandalakis JE, *Anatomic Basis of Tumor Surgery*, Quality Medical Publishing, Inc. 1999; p. 681-727.
8. Barros P, *Atlas de operaciones Ginecológicas*, 2da. Ed, El Manual Moderno, 1983; p. 472-495.
9. Hirsch HA, Käser O, Ilké FA, *Atlas de Cirugía Ginecológica*, 5ta. Ed, Marban Libros, 1997; p. 332-357.