

Histerectomía Vaginal por Técnica Heaney modificada

Bernardo Cartín M. *
Andrés Vesalio Guzmán***

Manuel Zeledón P.**
Edgar Cabezas S. ****

INTRODUCCION

En el presente trabajo se analiza diversos aspectos en resultados obtenidos en el Hospital San Juan de Dios, durante el último decenio, con la histerectomía vaginal, técnica de Heaney modificada, en el prolapso uterino. Se revisa los expedientes de 600 historias clínicas de los diversos servicios quirúrgicos de nuestro Hospital, seleccionando los 294 casos en los que se ha practicado la técnica de Heaney modificada. A pesar de que estimamos que la histerectomía abdominal y la vaginal tienen netas indicaciones por lo que no deben ser sometidas a comparaciones (4, 5, 18), hemos observado, a través de los años un incremento ascendente en la práctica de la histerectomía vaginal (4). Según William Crisp la histerectomía vaginal ha ido reemplazando otros procedimientos como Manchester Fothergill, interposición de Watkins, Lefort y el uso de histerectomía abdominal, para el tratamiento del prolapso uterino (5). También se destaca la tendencia marcada a practicar la histerectomía vaginal con las indicaciones que hemos preconizado y la escogencia especial de la técnica de Heaney modificada.

INDICACIONES

La indicación precisa de la histerectomía vaginal sigue siendo, en nuestro criterio, coincidiendo con varios autores la del prolapso urogenital. No participamos del criterio de ciertos autores (8, 12, 15, 17) de indicar esta clase de procedimiento quirúrgico para el tratamiento de otras entidades patológicas; aunque accidentalmente lo hemos encontrado con fibromas pequeños, dos quistes de ovario, que al igual que otras entidades patológicas han sido resueltas por vía vaginal, creemos que estos casos se deben seleccionar para esta clase específica de cirugía si anteriormente se ha hecho el diagnóstico y permiten un buen aborde quirúrgico.

- * Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía "Carlos Durán". Docente Ad-honorem de la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
 - ** Asistente del Servicio de Cirugía Carlos Durán. Instructor de la Cátedra de Cirugía.
 - *** Jefe de Sección de Cirugía. Director de la Cátedra de Cirugía. Escuela de Medicina.
 - **** Jefe de Clínica de Cirugía. Catedrático Asociado de la Cátedra de Cirugía.
-

TECNICA QUIRURGICA

Iniciamos la intervención practicando circuncisión de cérvix; se libera pared vaginal de la vejiga hasta pliegue véscicouterino; disecamos cara inferior hasta incidir peritoneo posterior; nos ayudamos con la introducción de dos dedos que siguiendo el cuerpo uterino asoman por incisión de peritoneo véscicouterino; esto permite la rápida exteriorización del útero y su excisión, colocando pinzas de Heaney en cardinales, úterosacros, anchos con pediculos uterinos y redondos con extremidad uterina de anexos. Es practicada doble ligadura de los tejidos sostenidos por cada pinza, una por transfixión (7, 16); cada ligadura se selecciona con su identificación de pinza diferente; en ocasiones, suturamos peritoneo, tiempo que no consideramos absolutamente necesario. Anudamos las respectivas ligaduras previamente referidas con su similar de cada lado, dejando aún referidos dos extremos correspondientes a las ligaduras de los ligamentos cardinales, sirviendo para suspender cúpula vaginal. Procedemos a efectuar colporrafias anterior y posterior, considerándolos como tiempo de gran importancia y tratando de dejar una vagina apta y elástica, con buen soporte de cúpula (10), así como aproximación y sutura de musculos elevadores del ano para un buen piso perineal. En caso de incontinencia de orina practicamos plicadura de uretrocele.

ANALISIS DE CASOS

CUADRO No. 1

EDAD	Menos de 20 años	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100
CASOS	1	9	42	73	71	66	25	4	1
PORCENTAJE		3.4 %	14.28 %	72.1 %			10.2 %		

EDAD: La mayor frecuencia la encontramos entre las decenas: quinta, sexta, y séptima de la vida, o sea un total de 212 casos, los cuales constituyen un 72.1 del total de casos de histerectomía vaginal por prolapso urogenital; llama la atención que el número de casos en cada una de las décadas apuntadas es muy similar en su cuantía y está muy de acuerdo con el final de la vida reproductiva de la mujer, sobre todo si ha obrado como causa de importancia la multiparidad, tan frecuente en la mujer costarricense y, lo característico de nuestra mujer campesina de comenzar su función reproductiva a muy temprana edad. En la cuarta década encontramos 42 casos, número no despreciable ya que constituye un 14.28% y que coincide con los comentarios dados anteriormente, en especial en lo que se refiere a la multiparidad

HISTERECTOMIA VAGINAL POR TECNICA DE HEANEY MODIFICADA

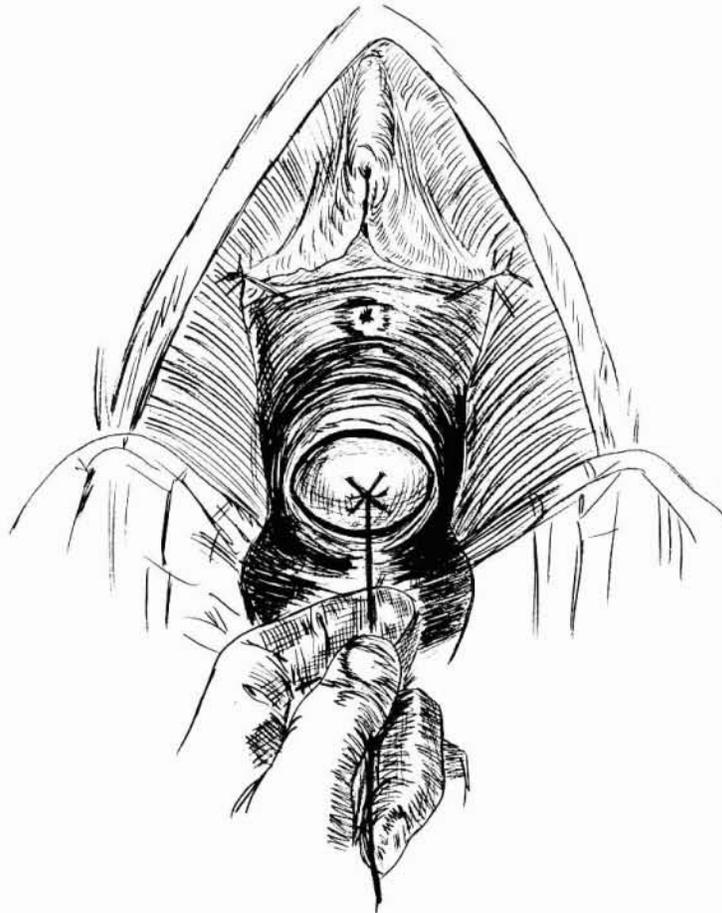


Fig. 1.— Circuncisión de cérvix.

como principal factor etiológico. Pocos casos, 10 en nuestro estudio (3.4%) corresponden a las décadas segunda y tercera de la vida femenina; entre la posible etiología podríamos encontrar factores de: Flaccidez congénita de los tejidos, partos mal atendidos (muchos sin episiotomía), constitucionales, alimenticios, etc. De las décadas octava, novena y décima encontramos 30 casos (10.2%) en los cuales existen factores seniles y de déficit hormonal, flaccidez de los tejidos agregados a las causas citadas.

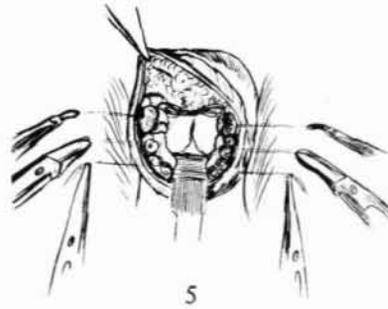
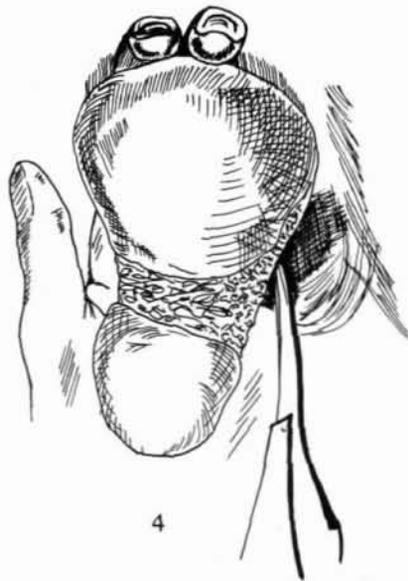
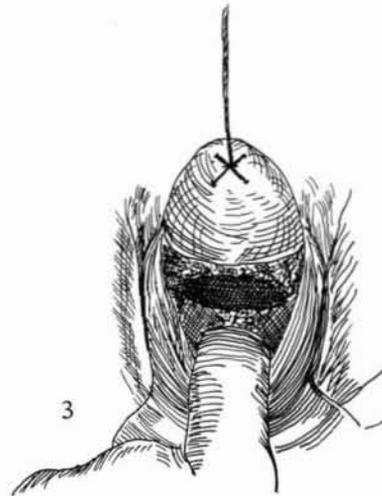
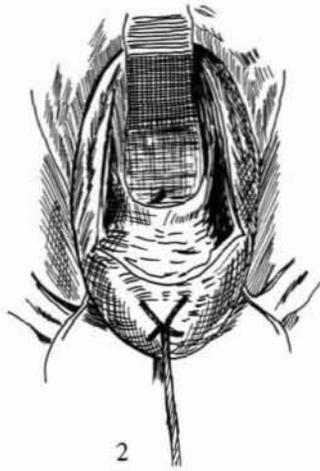


Fig. 2.— Disección anterior.

Fig. 3.— Disección posterior.

Fig. 4.— Exteriorización de útero para su excisión.

Fig. 5.— Antes de anudar ligaduras referidas con pinzas semejantes.

CUADRO No. 2
PARIDAD

	Número de Partos	Número de Pacientes	Porcentaje
NULIPARAS	0	3	1.2 %
MULTIPARAS	1	15	. 9 sin consignar paridad
	2	12	
	3	17	
	4	23	
	5	18	
	6	15	
	7	17	
	8	16	
	9	17	
	10	22	
	11	11	
	GRANDES MULTIPARAS	12	23
13		9	
14		6	
15		3	
16		6	
17		2	
18		2	
19		0	
20		1	
21		1	
Sin consignar paridad		46	

PARIDAD: Como podemos observar en nuestro cuadro No. 2, la multiparidad es factor importante en la producción del prolapso uterino. Hemos clasificado como múltiparas las mujeres de 4 a 7 partos y como grandes múltiparas las parturientas de 8 partos en adelante. Esto nos da un total de múltiparas de 73 (32.8%) y de grandes múltiparas de 119 (47.9%). No se incluye dentro de los porcentajes los 46 casos en que no se consignó la paridad. Comentario aparte merece 3 casos de múltiparas (1.2%) que se operaron por prolapso de tercer grado que viene a confir-

marnos los datos expuestos antes sobre factores de mala calidad de tejidos. También sería valedera esta apreciación para los casos de 1 a 3 partos y que constituyen 44 (17.3%) y en que también argumentamos factores agregados de mala atención obstétrica.

CUADRO No. 3
DIAGNOSTICOS

Clasificación de Casos	Número	Porcentaje
Prolapso uterino primer grado	6	2.1 %
Prolapso uterino segundo grado	49	16.6 %
Prolapso uterino tercer grado	225	81.3 %
Prolapso uterino • Ca de Cérvix (in situ)	3	
Prolapso uterino • Fibroma	5	
Prolapso uterino • Quiste de ovario	1	
Prolapso uterino • Divertículo con litiasis	2	
Prolapso uterino Tercer Grado (recidiva post-histero- pexia)	2	
Prolapso uterino Tercer Grado • Adenocarcinoma de Endometrio	1	

DIAGNOSTICOS: El prolapso uterino de tercer grado es la indicación más precisa para nuestra operación de Heaney Modificada por su facilidad para extraer el útero (tiempo que practicamos en pocos minutos) sin forzar situaciones y con la facilidad que le imponen a la técnica la flaccidez de los tejidos; 239 casos (81.3 %) fueron objeto de este diagnóstico y en los cuales estamos incluyendo 14 casos que además del prolapso ya citado tenían otra patología que analizaremos más adelante. El prolapso uterino de primero y segundo grado no son los casos de nuestra preferencia pero que existiendo flaccidez de los tejidos, se puede practicar la histerectomía vaginal sin hacer maniobras forzadas. El de primer grado ocupó en nuestro estudio 6 casos (2.1 %) y el de segundo, 49 (16.6%). Entre los casos de prolapso uterino de tercer grado que histerectomizamos por vía vaginal se encontró: 5 casos con fibromas uterinos de pequeña y mediana magnitud, un caso con quiste de ovario de regular tamaño, dos recidivas de prolapso uterino con previa cirugía abdominal de ligamentopexias, un adenocarcinoma de endometrio, dos con divertículos de uretra conteniendo cálculos urinarios y tres casos de carcinoma in situ del cérvix.

CUADRO No. 4
EVOLUCION POST-OPERATORIA

Clasificación	Número de casos	Porcentaje
Muy buena	153	52.3 %
Buena	116	39.3 %
Regular	15	5.1 %
Complicada	10	3.3 %
		91.6%

EVOLUCION POST-OPERATORIA: Hemos calificado como *muy buena* la evolución postoperatoria cuando la paciente no presenta ningún síntoma, en tal forma que retiramos su sonda vesical generalmente al tercer día postoperatorio y puede salir del Hospital antes del séptimo día. Calificamos de *buena* cuando ha existido febrícula y discreta disuria, lo que retrasa su salida del Hospital en unos pocos días. Tenemos casos de sangrado de poca cuantía, con fiebre, franca disuria, presencia de secreción vaginal maloliente, que se resuelven en pocos días, a veces con tratamiento local y frecuentemente con antibióticos (6).

CUADRO No. 5
EVOLUCION COMPLICADA

Tipo de Complicación	Casos	Porcentaje
Absceso de cúpula	2	0.6 %
Absceso pélvico	2	0.6 %
Sangramiento masivo	6	2.1 %

Las complicaciones han sido: Dos casos de absceso de cúpula vaginal, los cuales ameritaron drenaje por vía vaginal. Dos casos de absceso pélvico, tratados también quirúrgicamente por vía abdominal, prolongando su estancia postoperatoria, uno a 29 días y el otro a 32 días (5, 10, 13). En 6 casos ha existido sangrado masivo, ameritando laparotomía para ligadura de arterias hipogástricas; se practicó esta intervención quirúrgica pocas horas después, en 5 de los casos, obteniendo magníficos resultados. Un caso fue de sangrado masivo tardío: paciente de 74 años, diabética, arterioesclerosa con hipertensión arterial, reingresa al Hospital 17 días después; se le practica, también ligadura de hipogástricas, saliendo curada.

MORTALIDAD: Es importante hacer notar que este método de intervención quirúrgica no nos ha proporcionado ningún caso fatal, por lo tanto la mortalidad ha sido de cero (0) casos (13).

RESULTADOS

Nuestros resultados los analizamos en base a que después del control postoperatorio de varios años, se haya o no presentado secuelas inherentes al método quirúrgico que hemos empleado. Hemos considerado como casos totalmente curados 279 (94.9%) teniendo en cuenta que en sus revisiones postoperatorias siempre se ha observado una buena reconstrucción de planos y ninguna molestia genital. Prolapso de cúpula vaginal se presentó en 10 casos que fueron objeto de corrección quirúrgica. De cistocele, 2 casos. De rectocele, 2 casos. Un caso de estrechez vaginal. Todos se corrigieron con nueva intervención quirúrgica.

CUADRO No. 6
RESULTADOS A LARGO PLAZO

Clasificación	Casos	Porcentaje
1) Casos totalmente curados	269	94.90 %
2) Prolapso de Cúpula Vaginal	10	3.40 %
3) Cistocele en años posteriores	2	0.68 %
4) Rectocele en años posteriores	2	0.68 %
5) Estrechez de vagina	1	0.34 %

ESTANCIA HOSPITALARIA

El promedio de estancia hospitalaria fue de 8.5 días (promedio de estancia postoperatoria). Observamos que los casos complicados subieron nuestro promedio y a pesar de ello, la cifra es muy aceptable comparándola con las de los trabajos revisados al respecto (5, 13, 18).

RESUMEN

Se revisa 294 casos de histerectomía vaginal por prolapso urogenital con técnica de Heaney modificada. Se enfoca el análisis sobre los aspectos de: indicaciones, técnica quirúrgica, morbilidad, mortalidad y estancia postoperatoria. Encontramos que en nuestro medio hospitalario ha habido una excelente aceptación por esta clase de técnica quirúrgica, que nos ha proporcionado un 91.6% de resultados halagadores en el postoperatorio, un 94.9% de éxito total y cero (0) casos de mortalidad.

SUMMARY

We revise 294 cases of vaginal hysterectomy by urogenital prolapsus with Heaney's Modified Technic. We approach the analysis on the following aspects: indications, surgical technic, morbidity, mortality and postoperative hospital staying. We find that in our hospital this surgical technic has had an excellent acceptance, and it has provided us with 91.6% of flattering results as far as the postoperative is concerned, 94.9% of complete success and cero (0) cases of mortality.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ALDRIDGE, Albert. The choice and technique of operation for Hysterectomy. *The Surgical Clinics of North America*, 301-305. April 1957. New York.
 - 2.—ALLEN, Edward. The Vaginal Approach in Gynecologic Surgery. *The Surgical Clinics of North America*, 193-207. February 1963.
 - 3.—COPENHAVER, Edward H. Hysterectomy: Vaginal versus Abdominal. *The Surgical Clinics of North America*, 45: 751-763. June 1965.
 - 4.—COPENHAVER, Edward H. Vaginal Hysterectomy. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 84: 123-128.
-

- 5.—CRISP, E. William, Sattenspiel, Edward. The Morbidity of Hysterectomy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. 120: 965-969. May 1965.
 - 6.—GOOSENBERG, J. et al. Prophylactic antibiotics in vaginal hysterectomy. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 105: 503. October 15, 1969.
 - 7.—HEANEY, N. Sproat. The Technique of Vaginal Hysterectomy. *Surgical Clinics of North America*, February 1942. 73-82. Chicago.
 - 8.—HOMESLEY, H. D. et al. Is there a "best time" for postpartum vaginal hysterectomy? *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 112: 972-977. April 1972.
 - 9.—JOHNSON, C. G. Vaginal Hysterectomy and Vaginectomy in personal retrospect. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 105: 14-19. September 1969.
 - 10.—JOHNSON, J.R. et al. Hysterectomy: Management of the Vaginal Cuff. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 87: 951-955. December 1963.
 - 11.—JONES, C. H. Use of a Modified Bistoury in Vaginal Hysterectomy. *Lancet*, 2: 63-64. July 1965.
 - 12.—LAUFE, Leonard E. et al. Vaginal Hysterectomy: A Modality for Therapeutical Abortion and Sterilization. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 110: 1096-1099. 1971.
 - 13.—LOPEZ VILLEGAS, Jorge y PEREZ SALAZAR, José Luis. Morbilidad en la Histerectomía Vaginal. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 32, Año XXVII, No. 194: 567-569. Diciembre 1972.
 - 14.—PRATT, J. H. et al. Vaginal Hysterectomy by Morcellation. *Mayo Clinic Proceedings*, 45: 374-387. Mayo 1970.
 - 15.—PRATT, J. H. et al. Vaginal Hysterectomy for Carcinoma of the Fundus. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 88: 1063-1071. April 15, 1964.
 - 16.—TE LINDE, Richard W. Prolapso Uterino. Técnica de Heaney, *Ginecología operatoria*, 124-133. 1958.
-

- 17.—VAN NAGELL, J. R. Jr. et al. Vaginal Hysterectomy as a Sterilization Procedure. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 111: 703-707. November 1971.
- 18.—WAUGH, John M. The Selection of Patients and a Technic for Vaginal Hysterectomy. *Surgical Clinics of North America*, 796-806. August 1947.

* * *
