TRATAMIENTO DE LA CUPULA EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL

Doctores **Eduardo Cáceres Alvarez** * y **Salomón Turbay Burgos** **

La histerectomía vaginal es una de las intervenciones más frecuentemente practicadas para la corrección del prolapso genital (1-2-16). Igualmente en Colombia de todas las intervenciones ginecológicas, es una de las más comunes.

La morbilidad y las complicaciones de esta intervención son sin duda bastante altas (5-12) y como hemos creído que ellas obedecen muchas veces a la presencia de abscesos de la cúpula vaginal y hematomas que pueden estar infectados o no, se considera de utilidad hacer un estudio comparativo de los diversos métodos como se trata la cúpula vaginal después de llevar a cabo la histerectomía.

Tratamiento usuales

La cúpula vaginal puede tratarse en cuatro formas:

1ª Dejándola abierta con aplicación de drenes.

2ª Dejándola abierta y sin drenes.

3ª Dejándola cerrada con aplicación de drenes.

4ª Dejándola cerrada sin aplicar drenes.

Estas son las diferentes formas que utilizan la mayoría de los cirujanos, con predominio de los que no dejan drenes. Estos argumentan que el dren favorece la infección de tipo ascendente (14) mientras que los otros sostienen que su uso favorece la salida del material sanguinolento que queda casi siempre después de la histerectomía (10).

Por otra parte la mayoría de las técnicas clásicas (Heaney - Spalding - Richardson - Counseller - Hellman) no le dan mayor importancia a esta fase

* Profesor Asistente de Ginecología.

** Instructor de Ginecología.

Sección de Obstetricia y Ginecología - Hospital de San Juan de Dios - Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. E., 1963.

de la intervención y practican el cierre total de la cúpula vaginal. Otros cirujanos prefieren mantenerla abierta, para dejar más expedita la vía de eliminación del remanente sanguíneo que queda después de la histerectomía (7).

Material y métodos

De noviembre de 1961, a junio de 1962 en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, se practicaron 100 histerectomías vaginales, divididas en cuatro grupos de 25, en cada uno de los cuales se practicó una técnica para la cúpula de acuerdo con lo descrito antes.

El criterio de morbilidad febril que se siguió fue el obstétrico (16), temperatura de 38ºC o superior, durante por lo menos dos días consecutivos y excluyendo las primeras veinticuatro horas postoperatorias.

Desde el segundo día febril se administraban antibióticos, usualmente penicilina en dosis de 800.000 unidades cada ocho horas. Si después de dos días de administración la fiebre no cedía o si no se encontraba otra causa aparente de la morbilidad, se hacía examen vaginal para evidenciar la presencia de hematoma o absceso que la explicara.

En todas las pacientes se solicitó cuadro hemático y sedimentación de control en el primer día postoperatorio.

En aquellas que por retención de orina o por otra sintomatología se sospechaba cistitis como causa de la morbilidad, se solicitaba *examen parcial de orina* para confirmar el diagnóstico.

La sonda vesical se retiraba al cuarto o quinto día postoperatorio, previos ejercicios vesicales desde el tercer día. La retención vesical era tratada con nueva aplicación de sonda a permanencia durante dos días, con ejercicios vesicales, con instilaciones de aceite gomenolado tibio en la vejiga y/o con el uso de estimulantes de la fibra muscular de la misma.

A ninguna paciente se le dio salida del hospital si el residuo miccional postoperatorio, medido después de dos micciones, estaba por encima de 100 cc de orina.

Todas las intervenciones fueron practicadas únicamente por personal capacitado y con no menos de tres años de entrenamiento en el Servicio.

Los casos que no llenaban los requisitos mencionados no fueron tenidos en cuenta en el presente trabajo.

Edad

La paciente más joven tenía 38 años de edad y esto en un solo caso en el que el prolapso era una verdadera procidencia, la paridad era grande y la paciente no demostraba mayor interés por conservar su función menstrual. Kempers y Col. (9) de la Clínica Mayo en un estudio de 415 casos, presentan 24 histerectomías en pacientes de edad menor a los 40 años.

La paciente de mayor edad tenía 80 años. En este caso y cuando se prefería hacer la histerectomía y no la colpocleisis, se usaba anestesia local al 0,5%.

Paridad

Ninguna paciente era nulípara. El mayor número de casos correspondía a multíparas y solo 9 (9%) habían tenido una sola gestación. La mayor paridad fue de 18.

Indicaciones

La indicación primordial fue el prolapso genital, así:

Grado III	83 casos
Grado II	14 casos
Sin prolapso	3 casos

En estas pacientes sin prolapso había algún grado de cisto-rectocele y además existían otras causas patológicas que indicaban y justificaban la histerectomía.

Una gran proporción de prolapsos de III grado estaban acompañados de enterocele. Creemos que su presencia sería más frecuente en este grado de prolapsos si se buscara con más detenimiento durante el acto quirúrgico. Esta búsqueda es de suma importancia si se tiene en cuenta que la falta de corrección del enterocele es en no pocas ocasiones, factor en gran parte determinante del prolapso de la cúpula vaginal.

Otras lesiones concomitantes con el prolapso fueron:

Cervicitis	19 casos
Endometritis	3 casos
Poliposis endocervical	3 casos
Hemorragia postmenopáusica	2 casos
Miomatosis uterina	3 casos
Quiste de ovario	1 caso
Hiperplasia adenomatosa del endometrio	1 caso

Heaney (6) presenta una serie de 627 histerectomías vaginales cuyas indicaciones fueron lesiones benignas de la pelvis, tales como fibromatosis o quistes de ovario acompañados de prolapso genital. Esto demuestra que la histerectomía vaginal, si bien está primordialmente indicada en la corrección del prolapso, también es util en el tratamiento de otras lesiones ginecológicas, como en los casos en que se extirpan quistes de ovario y úteros miomatosos capaces de franquear la pelvis.

Cinco casos que presentaban ulceraciones por infección o por fricción externa de la mucosa, *fueron convenientemente tratados* antes de ser intervenidos y previa toma de biopsia para descartar lesión maligna.

CUADRO 1

Técnica	Morbilidad febril	Hematema	Absceso	Total
Cerrada con dren	15	0	3	3
Cerrada sin dren	16	1	6	7
Abierta con dren	19	2	6	8
Abierta sin dren	11	0	4	4
TOTALES	61	3	19	22

En el cuadro 1 aparecen, la morbilidad febril y las complicaciones de tipo hematoma y abscesos de cúpula en cada uno de los cuatro grupos. La morbilidad febril fue del 61%, porcentaje relativamente alto comparado con datos de otros autores que varían entre el 30 y el 45% (3-4-5-7-11).

Se aprecia que la morbilidad febril fue menor en el grupo de las pacientes en quienes se dejó la cúpula abierta y sin drenes. Leventhal y Lazarus (11) en un grupo de 133 pacientes en quienes usaron drenes y otro de 167 sin drenes, encontraron cifras sensiblemente iguales de morbilidad.

Las complicaciones de tipo hematoma o absceso constituyeron un 22% y fue menor su presencia en el grupo de las cerradas con dren y de las abiertas sin dren.

En conclusión, el análisis del cuadro anterior revela que hubo menos morbilidad febril y menor número de casos con hematomas y abscesos en las pacientes en quienes, al hacer la histerectomía, la cúpula se dejaba abierta sin drenes o en aquellas en quienes se cerraba pero dejando drenes. Por lo tanto es de utilidad recomendar estas dos formas de tratamiento en la histerectomía vaginal para facilitar la salida de la sangre que, a pesar de una hemostasis cuidadosa, se colecta en mayor o menor cantidad.

Otras complicaciones

El 11% de los casos presentaron retención severa de orina en el postoperatorio y el 10% cistitis. La retención

CUADRO 2

Complicación	Número de casos
Retención de orina	11
Cistitis	10
Bronquitis	5
Bronconeumonía	1
Pelviperitonitis	1
TOTAL	28

más severa fue de 13 días en una paciente en quien se usaron todas las medidas anotadas al comienzo de este trabajo e indicadas en esta clase de complicación.

Sumadas todas las complicaciones de hematomas, abscesos y estas últimas anotadas en el cuadro 2 constituyeron un 50% de los casos. Fleeming, Kearns y Locke (5) encuentran cifras de complicaciones muy similares a las nuestras.

Hemorragia postoperatoria

Solo hubo tres casos que presentaron hemorragia postoperatoria y ninguna presentó características de gravedad. En todos los casos la hemorragia cedió con nuevo taponamiento vaginal. Es de advertir que en casi todos los casos del presente trabajo se dejó mecha vaginal como rutina en el acto postoperatorio; mecha que se retiraba a las 12 o 24 horas, conducta criticada por muchos autores y aún más por miembros de nuestro Servicio. Sin embargo, los autores de este trabajo creemos que dicha mecha sirva como ayuda hemostática por la comprensión que ejerce sobre las paredes vaginales anterior y posterior.

Generalmente la colocamos sin ninguna clase de cremas o antisépticos, sin que se hayan presentado hemorragias postoperatorias tardías en desacuerdo con lo sostenido por Galloway (13) citado por Smith.

Accidentes operatorios

Hubo cuatro accidentes operatorios (4%). Ellos fueron:

Un caso de ruptura de uretra.

Dos casos de ruptura de recto, y

Un caso de shock por hemorragia durante el acto quirúrgico.

Los accidentes fueron tratados adecuadamente y ningún caso presentó complicación postoperatoria imputable al accidente.

Pérdida sanguínea promedio

No hubo cálculo exacto de la pérdida sanguínea operatoria y los datos se consignaron de acuerdo con la apreciación aproximada del cirujano. El promedio de la pérdida sanguínea durante el acto quirúrgico fue de 240 cc.

Antibióticos

Se usaron antibióticos en solo 62 casos de los 100. En las más por morbilidad febril y en otras por encontrarse alguna sintomatología sobreagregada que justificaba su aplicación. En el Servicio no se usan de rutina los antibióticos en el postoperatorio. En 50 casos el antibiótico usado fue la penicilina y en los 12 restantes se usó un antibiótico de amplio espectro.

Controles postoperatorios

Los controles postoperatorios en el Servicio de Ginecología se hacen a las seis semanas, tres, seis y doce meses respectivamente. De los 100 casos intervenidos se hicieron controles en 34 (34%), todos ellos de las seis semanas. Treinta y dos fueron satisfactorios. Un caso presentó prolapso de la cúpula vaginal; en el postoperatorio este había presentado un gran absceso con dehiscencia de las suturas. En otro caso se observó reproducción del enterocele, posiblemente por mala técnica en su corrección operatoria. Por no haber transcurrido tiempo suficiente para los controles hasta el momento de redactar este trabajo no podemos sacar datos definitivos al respecto, pero sí queremos recalcar que nuestra Institución padece, como las demás Instituciones Colombianas, de la falta de cooperación de los pacientes al llamado que se les hace de asistir a la Consulta Externa para control, ya que todos nuestros trabajos fallan en este sentido.

Defunciones

La mayoría de los autores traen cifras (10-12-7-13) de mortalidad para esta intervención que varían entre 0,2 y 2%. En nuestra serie de 100 casos no hubo defunciones.

Resumen y conclusiones

1º En el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, durante un lapso de 6 meses se practicaron 100 histerectomías vagina-

les divididas en cuatro grupos, en cuanto al tratamiento dado a la cúpula vaginal así: 1. Dejando la cúpula cerrada con dren. 2. Cerrada sin dren. 3. Abierta con dren. 4. Abierta sin dren. Esto con el objeto de evaluar cual de los métodos ofrecía menos morbilidad febril y complicaciones de tipo hematoma y absceso.

2º Se tuvieron en cuenta ciertas normas fundamentales para la búsqueda de la morbilidad febril y de los hematomas y abscesos.

3º La paciente más joven tenía 38 años, la de mayor edad tenía 80. Ninguna paciente era nulípara; la mayoría eran grandes multíparas.

4º La indicación principal en la mayoría de los casos fue el prolapso genital, aunque en algunos se trataron otras lesiones benignas concomitantes.

5º Del análisis de estos casos se concluye y recomienda tratar la cúpula vaginal durante la histerectomía, dejándola abierta y sin drenes o cerrándola pero aplicando drenajes, pues estos fueron precisamente los casos que menos morbilidad febril y complicaciones aportaron a la estadística.

6º Otras complicaciones aparecidas en el postoperatorio fueron retención de orina, cistitis, bronquitis, bronconeumonía, y pelviperitonitis en un caso; cifras más o menos similares a las encontradas por otros autores.

7º Hubo cuatro accidentes operatorios sin complicaciones ulteriores imputables a ellos.

8º No se usaron antibióticos de rutina.

9º Los controles postoperatorios, pueden en principio, considerarse como satisfactorios.