

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

TECNICA DE RICHARDON

Por el doctor HERNANDO AMAYA LEON

Profesor Agregado de Ginecología - Facultad Nacional de Medicina

La tendencia actual de los cirujanos ginecólogos, en frente al tratamiento operatorio de los Tumores Uterinos benignos, se dirige cada día más a encauzarlo en dos conductas:

a) Medidas Conservadoras: Miomectomía, y algunas veces, Miomec-trectomía (Argentina y algunos países latino-americanos).

b) Medidas Radicales: Histerecto-mía Total.

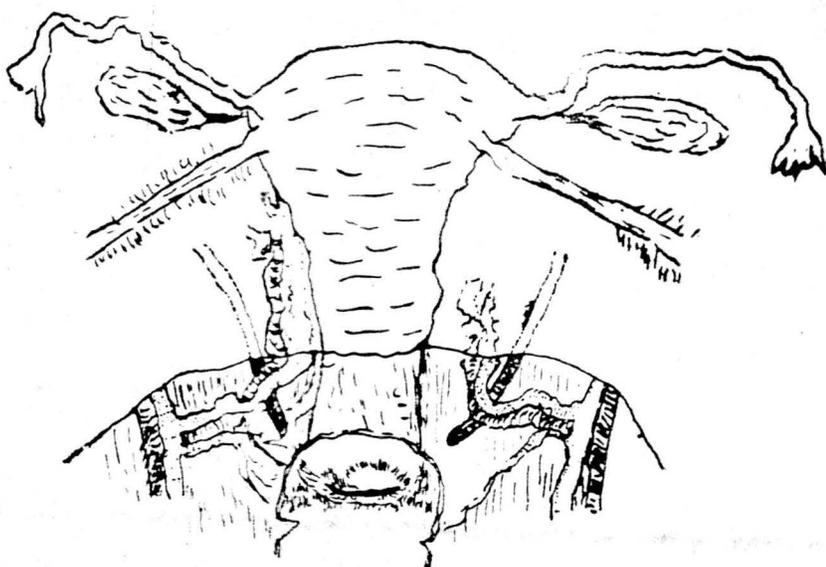
Los demás procedimientos opera-torios van perdiendo popularidad, por razones que no son del caso ex-poner.

Desde 1929, fecha en que Richard-son, Profesor de Ginecología de John Hopkins University, dió a conocer la técnica para Histerectomía Total Ad-dominal que lleva su nombre, puede decirse sin cuidado que constituye la preferida en Norte América y mu-chos sitios del resto del Continente. Personalmente la empleo desde 1943, y de rutina desde 1945, con algunas modificaciones, como es seguro que todo cirujano modifica levemente las técnicas operatorias según el caso y su propia conveniencia.

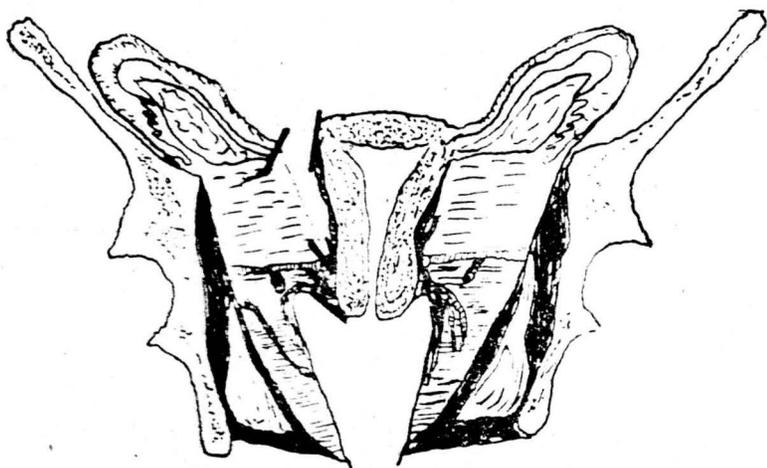
La técnica de la operación, se en-cuentra en cualquier texto moderno de Ginecología; por ello, tan sólo haré un breve resumen; el esquema I recuerda las relaciones uretero-uterinas, y el esquema II, los pasos principales operatorios.

1) Cuidados pre-operatorios y des-infección vaginal, de rutina; acos-tumbro duchas con solución ligera-mente ácida y óvulos de penicilina, con resultados satisfactorios; desde su uso no recuerdo ningún caso de infección operatoria, a pesar de re-chazar el empleo de pinzas obturan-tes vaginales cuando se extrae el útero.

2) En la técnica original se prac-tica como primer paso operatorio una incisión en media luna en el perito-neo vésico-uterino, y luego la perforación digital en la zona avascular de la porción alta del ligamento an-cho; y a continuación, la ligadura en bloque del ligamento redondo, liga-mento útero-ovárico y trompas, si se resuelve la conservación de éstas y ovarios; si no, aisladamente si se de-sea extirparlos parcial o totalmente. Algunas veces lo practico así, pero casi siempre sigo este orden: prime-



Esquema I



Esquema II

ro, ligadura de ligamentos redondos, luégo incisión y despegamiento del peritoneo vésico-uterino limitado por la inserción de los redondos, y en seguida sí la maniobra digital, liga-

dura y sección del resto de elementos anotados. Tan sólo se dejan las pinzas que sostienen la inserción uterina de estos elementos y que sirven de tracción.

3) Con los dedos o ligeros golpes de tijera se cortan los ligamentos anchos hasta el sitio de llegada de los pedículos uterinos al órgano.

4) Sección de las arterias y venas uterinas; dos pinzas superpuestas a pequeña distancia dan seguridad. Disección pequeña lateral y ligadura.

5) Traccionando fuertemente el útero hacia arriba, es fácil el rechazo completo de la vejiga; hacia atrás, se incide el peritoneo un poco por encima de la inserción de los ligamentos útero-sacros, y con el dedo se busca plano de «clivaje»; esto no es fácil siempre.

6) Sección y ligadura de los ligamentos útero-sacros.

7) Con el útero traccionado arriba y afuera del sitio elegido, se pinza, secciona y liga la base del ligamento alto en su porción yuxta-cervical; de esta manera, los ureteres quedan a suficiente distancia y sin ningún peligro.

8) Localizando la fascia pubo-vesico-cervical, se practica incisión en T invertida; disección.

9) Sin pinzas en la vagina, se corta con tijera o bisturí; pequeña hemorragia que se controla.

10) En el proceso de reconstrucción prefiero una variante de la técnica de Masson, de la Mayo Clinic:

a) Sutura de la mucosa vaginal; catgut simple o cromado fino.

b) Puntos de catgut cromado I, uniendo fascias vesico-vaginal y recto-vaginal, y en los extremos los muñones del ligamento ancho. Los muñones de los ligamentos útero-sacros quedan incluidos.

c) Los ligamentos redondos quedan a manera de puente sobre la bóveda vaginal, suturados a lado y lado.

d) Peritonización con sutura continua.

11) Se deja o no, una solución de Penicilina y Estreptomocina en el peritoneo. Drenes no son necesarios.

La casuística comprende un total de setenta y tres (73) observaciones; por tratarse de estadística personal, tiene algún valor. Los setenta y tres casos fueron operados:

28 en el Hospital San Juan de Dios.

45 en Hospitales y Clínicas privadas.

Edad extrema de las enfermas:

36 años: caso de Miomatosis y Endometritis T. B. C.

55 años: Miomatosis y Cervicitis Crónica.

Edad promedio: 43.2 años, es decir, mujeres en pre o menopausia.

Mortalidad, dos casos:

Una, por shock hemolítico post-transfusional.

La segunda, por probable bronconeumonía fulminante.

Constituye el 2.72%. Ninguno de los dos casos puede ser atribuido a la técnica empleada, y podrían suceder en cualquier modelo operatorio abdominal. Ambos sucedieron en enfermas operadas en el hospital de caridad, en donde el post-operatorio no está exento de errores y deficiencias.

Otras complicaciones post-operatorias: escasas y sin mayor importancia. No tengo datos exactos totales, pero en los 45 casos de clientela privada:

Un caso de oclusión intestinal por adherencia precoz; reoperada a los 10 días con buenos resultados.

Uno de intensa infección parietal, en la misma enferma anterior, luégo de la segunda operación.

Uno de hemorragia vaginal moderada.

Dos de afecciones pulmonares leves.

Dos de infecciones parietales superficiales y leves.

Uno de cistitis.

Llaman la atención dos factores:

0% de fistulas recto y génito-uritarias;

0% de lesiones vasculares y embolias.

Considero que la técnica de Richardson tiene dos grandes ventajas:

a) Permite alejar el uretere del campo operatorio, y

b) Facilita la reconstrucción anatómica de los planos de sostén vaginal. A este respecto, de las enfermas controladas durante varios años no he podido lamentar ningún caso de prolapso de la vagina, y aún más en enfermas con tendencia a la hernia genital y presentando algún grado de prolapso uterino y vesical, éste ha quedado estacionado o corregido después de la hysterectomía.

Día a día crece el entusiasmo por la hysterectomía total a expensas de la sub-total; continuo creyendo, como lo decía en mi tesis de grado, «no hay buenas técnicas quirúrgicas sino buenos cirujanos», en otras palabras, que el ginecólogo o cirujano general pueden escoger la técnica operatoria que les agrade y obtener resultados similares a otros que usen métodos diferentes; pero no vacilo en creer que la técnica de Richardson ha ganado el favor que se le ha otorgado, gracias a que trata de simplificar el momento mutilante, y a mejorar el proceso de reconstrucción.

RESUMEN:

1) El estudio se basa en la experiencia personal de 73 casos operados de hysterectomía total abdominal por la técnica de Richardson, con pequeñas modificaciones.

2) La mortalidad operatoria del 2.72% (los casos), no tiene relación directa con la técnica empleada.

3) El post-operatorio en general fue altamente satisfactorio.

4) No se registraron casos de fistulización ni de complicaciones vasculares.

BIBLIOGRAFIA

Richardson E. H. A Simplified Technic for Abdominal Panhysterectomy. Sur., Gynec., Obstet., 48: 252-256.