

Histerectomía: vías de abordaje

Objetivo

Evaluar el método más apropiado de histerectomía (abdominal, vaginal, o laparoscópica) para las mujeres con patología benigna.

Fuente de datos

Meta-análisis y revisión sistemática. Búsqueda de estudios que incluyen desórdenes menstruales y subfertilidad en Medline, Abstracts Biológicos y base de datos Cochrane.

Selección de estudios

Se incluyeron sólo ensayos aleatorizados, las participantes debían presentar enfermedad benigna y la intervención debía compararse con al menos otro subtipo de histerectomía. Los estudios debían reportar resultados primarios como: tiempo de recuperación, lesiones viscerales intraoperatorias, complicaciones a largo plazo; o resultados secundarios como: tiempo operatorio, otras complicaciones inmediatas de la cirugía, complicaciones a corto plazo y tiempo de la hospitalización. Los criterios de inclusión de los distintos estudios diferían, en relación al tamaño uterino considerado. Mientras algunos excluyeron úteros mayores a 12-14 semanas de gestación otros incluyeron úteros descriptos como de gran tamaño sin especificar el mismo. En relación a los subtipos de histerectomía considerada, algunos autores excluyeron distintas morbilidades como vaginas inaccesibles o colpoperineoplastias previas, o sospecha de adherencias o la necesidad de complementar la histerectomía con cirugía asociada a prolapso o a incontinencia urinaria.

Resultados

Se incluyeron 27 estudios (3643 participantes en total). El retorno a las actividades habituales fue más rápido en pacientes con histerectomía vaginal que en aquellas a quienes se les había realizado por vía abdominal, con una diferencia de 9,5 días (IC de 95% 6,4-12,6). También fue más precoz la recuperación cuando se

comparó la cirugía laparoscópica versus la cirugía abdominal con una diferencia de 13,6 días (IC 11,8-15,4), pero no hubo en este aspecto diferencias significativas entre laparoscopia e histerectomía vaginal con una diferencia de -1,1 días (-4,2 a 2,1).

Hubo más daños en el tracto urinario luego de cirugías laparoscópicas que de cirugías abdominales, OR 2,61 (IC 1,22 a 5,6) y no se encontraron diferencias significativas en otras complicaciones viscerales.

Al comparar histerectomía vaginal vs. abdominal hubo significativamente menos infecciones inespecíficas o episodios febriles (OR: 0,42; IC95% 0,21- 0,83). En relación a laparoscopia vs histerectomía abdominal hubo significativamente menos hematomas e infecciones de pared (OR 0,32; 0,12-0,85) como episodios febriles (OR 0,65; IC95%: 0,49-0,87). No hubo diferencias significativas en la necesidad de transfusiones sanguíneas, aunque la cirugía laparoscópica se asoció a una menor caída de la hemoglobina comparada con la cirugía abdominal (0,55g/L; IC95%: 0,28g/L- 0,82g/L). Tampoco se encontraron evidencias significativas entre la presencia de hematomas pelvianos, infecciones vaginales, urinarias o eventos tromboembólicos.

Conclusiones

Comparando la histerectomía vaginal con la abdominal, es significativa la reducción en el tiempo de retorno a las actividades habituales y en resultados secundarios como menor hospitalización y disminución de la aparición de fiebre inespecífica, lo cual la convierte en la opción de primera elección.

Fuente de financiamiento: no referida.

Realizado por la Universidad de Auckland, Australia, Radcliffe Hospital Oxford, Cochrane Oral Health Group Manchester, Universidad of Western Australia Perth, Australia.

Comentario

Este estudio demuestra algunas importantes ventajas comparativas de la histerectomía vaginal sobre la abdominal, pero debemos recordar que existen circunstancias en las cuales no se puede realizar. En este caso, lo recomendado sería la histerectomía laparoscópica cuya ventaja radica en la posibilidad de observar la pelvis pudiéndose detectar otras enfermedades pelvianas y permitir constatar la correcta hemostasia, evitando así en mayor medida la probabilidad de hematomas e infecciones vaginales. También se ha demostrado que genera menor volumen de sangrado, aunque genera mayor riesgo de injuria vesical o ureteral. Asimismo, no hay que olvidar que el tiempo operatorio es mayor en la cirugía laparoscópica, y requiere mayor destreza del cirujano.

Conclusión del comentarador

En la elección de la vía de acceso al útero es indudable que hay técnicas quirúrgicas¹ que reportan mayores beneficios como la más rápida recuperación de la paciente en la vía vaginal² o laparoscópica³, o la menor aparición de complicaciones urinarias en la vía abdominal, pero deben tenerse en cuenta las características particulares de la paciente.

El tamaño del útero, la presencia de prolapso, el grado del mismo, la necesidad de extraer los ovarios, la laxitud de los tejidos, y otras enfermedades pelvianas como adherencias o endometriosis, serán los datos definitivos de la elección del abordaje quirúrgico.

Juliana Botbol [Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Botbol J. Histerectomía: vías de abordaje. Evid actual pract ambul 2005;8:106. Comentario de: Jhonson N, Barlow D, Lethaby A. **Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** BMJ. 2005 Jun 25;330(7506):1478. PMID: 15976422

Referencias

1. Jonson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD00367.
2. Bernassi L, Rossi T, Kaihura CT, Ricci L, Galanti B. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomised clinical trial. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1561-5.
3. Falcone T, Paraiso MFR, Mascha E. Prospective randomised clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy Am J Obstet Gynecol 1999; 180:955-62.