

# HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA

*Dr. Cristián Miranda V.*

*Depto. Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico.*

La histerectomía es una de las operaciones de cirugía mayor más frecuentes en el mundo occidental (1).

En los EE.UU. es la tercera operación más frecuente después de cesárea y colecistectomía; entre 1970 y 1978 se operaron 3.500.000 histerectomías y el 72% fue por vía abdominal (2).

Muchas mujeres entre los 55 y 60 años se han operado de histerectomía: 37% en los EEUU y 20% en el Reino Unido (1, 3).

## ¿CUAL ES LA MEJOR VIA DE ACCESO PARA OPERAR LA HISTERECTOMIA?

### ¿Es el ABDOMEN la mejor vía operatoria?

En los E.E.U.U. el 75% de las histerectomías son abdominales (2, 4, 5), en cambio en el Reino Unido y Alemania el 20 - 55 % (6).

Se han descrito como VENTAJAS de la vía abdominal, la visualización directa tridimensional y las facilidades para tratar patología pélvica severa y para palpar directamente órganos. Además representa una gran experiencia quirúrgica histórica.

¿Qué DESVENTAJAS tiene el acceso abdominal? Las principales son: la incisión quirúrgica con sus eventuales complicaciones y los prolongados tiempos:

- \* Quirúrgico total(45 - 120 minutos)
- \* De hospitalización postoperatoria (4 - 10 días)
- \* De recuperación a la actividad normal (4 - 6 semanas)

Otras desventajas descritas son: la morbilidad potencial alta y los grandes costos para instituciones y/o pacientes (2, 7, 8, 9, 10).

### ¿Es la VAGINA la mejor vía operatoria?

Diferentes autores han demostrado las grandes VENTAJAS de realizar la histerectomía por vía vaginal:

- \* Menor tiempo operatorio: 30 - 86 minutos (7, 9, 10, 11, 12, 13,14)
- \* Tiempo de hospitalización postoperatorio breve: 2-3 días (9, 15)
- \* Baja tasa de complicaciones ureterales: 0.09% (7, 16, 17)
- \* Bajos costos, menores que la cirugía abdominal. (18, 19, 20, 21)
- \* Menor tiempo de recuperación a la vida normal: 2 semanas
- \* Poco dolor postoperatorio.
- \* Pared abdominal no se debilita con cicatrices (22)

¿Cuáles son las DESVENTAJAS de la vía vaginal o indicaciones de la vía abdominal?

El acceso vaginal impide el tratamiento de algunas patologías como la endometriosis moderada o severa, los miomas uterinos grandes, las adherencias abdominales severas y los tumores anexiales muy grandes o malignos. También se hace difícil en caso de cirugías previas y en ausencia de prolapso genital. (23)

## HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA

El objetivo principal de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia o histerectomía laparoscópica es convertir una técnica abdominal en una vaginal, a fin de proporcionar a un paciente con indicación de vía abdominal todas las ventajas descritas para la vía vaginal.

Esta nueva técnica quirúrgica fue realizada por primera vez en los E.E.U.U. en enero de 1988 por H.Reich y comunicada en 1989(30). En 1991 fue descrita en Europa por Semm y Minelli (24, 25) y luego se diseminó por el mundo, publicándose en

---

Chile por vez primera en 1993, por Carvajal y cols. (26)

### **¿Cuáles son los requisitos que se le exigen a una nueva técnica quirúrgica?**

Habitualmente una nueva técnica quirúrgica debe cumplir ciertos requisitos para ser aceptada e incorporada al uso cotidiano por los cirujanos. Dichos requisitos deben satisfacer aspiraciones legítimas de pacientes y cirujanos.

Respecto al paciente, debe ser menos invasiva y tener menos complicaciones (más segura); provocar menor dolor postoperatorio y ser de menor costo; permitir una recuperación a la vida normal en menos tiempo.

Respecto al equipo médico debe ser más fácil de realizar y ocupar menos tiempo en el pabellón; así como también debe ser sistemática, es decir, fácil de aprender y de enseñar.

### **¿Cuáles son las dificultades para la diseminación de una nueva técnica quirúrgica?**

Los «Cirujanos-Ginecólogos» al igual que los todos los cirujanos, esperan que una nueva técnica demuestre su alta eficacia, bajos riesgos y costos, antes de comenzar a usarla. Los "Pioneros" de la técnica encuentran grandes dificultades para diseminarla. Al iniciar su aplicación deben seguir una curva de aprendizaje que, al principio, presenta más y mayores complicaciones y tiempos operatorios más largos. En esos momentos los métodos de docencia y de certificación de los calificados para realizarla, aún no han sido establecidos. Además deben sobrepasar grandes dificultades para la adquisición de recursos necesarios para su desarrollo. Estos «Pioneros Laparoscópicos» están convencidos de los beneficios de la técnica, pero deben enfrentar dificultades en aprendizaje y enseñanza de una técnica no aceptada por todos, deben adaptarse a diferentes cambios quirúrgicos: visión bidimensional, instrumental nuevo y múltiple, y no poder palpar directamente las vísceras. Además, cuando se inician, las indicaciones para la aplicación de la cirugía

laparoscópica no están aún totalmente claras. Por estar en la «avanzada» se exponen al riesgo de complicaciones graves y a la crítica severa de sus pares.

### **Costos de pabellón y de hospital**

Los costos de la histerectomía laparoscópica han sido preocupación de muchos autores (18, 19, 20, 21, 27). El análisis de esta información internacional muestra que los costos son directamente proporcionales al uso de material desechable, tiempo operatorio (28) y longitud de la estadía postoperatoria (21).

El uso rutinario de instrumental desechable, especialmente las cliperas automáticas, sube el costo total a casi el doble de una técnica abdominal o vaginal: US\$ 7.161 vs. US\$ 4.926-4.868 (23). Las razones de estas diferencias son los distintos costos de insumos y equipos de pabellón: US\$ 2.468 vs. US\$ 716-676; y de tiempo de pabellón: US\$ 1.264 vs. US\$ 642-955 (21).

El uso de instrumental *reusable*, publicado por los europeos especialmente franceses, permite *bajar los costos* incluso bajo los de una histerectomía abdominal: US\$ 1625 Vs. US\$ 1860 (28)

Así como el uso de material desechable por un equipo determinado constituirá una variable relativamente fija, el *tiempo de pabellón* será muy variable. Todos los centros tendrán un tiempo quirúrgico mayor al iniciar la técnica (curva de aprendizaje), que disminuirá a medida que acumulen experiencia, pero los centros universitarios o docentes, no podrán hacerlo a la misma velocidad y niveles que los equipos médicos fijos y cerrados. En este mismo punto, hay otra variable a considerar en los estudios comparativos. Esta es que, los diferentes centros y equipos médicos, tienen diferente destreza y rapidez en la técnica vaginal, lo que se refleja en más histerectomías vaginales y a menores costos cuando los equipos son altamente eficientes.

La *longitud de la estadía postoperatoria*, no siempre depende de la técnica quirúrgica usada en la

histerectomía, ya que el momento del alta puede estar condicionado por la infraestructura que tenga el paciente en su hogar para seguir recuperándose. Cuando la población atendida es de escasos recursos, la estadía hospitalaria puede ser prolongada, a menos que el sistema cuente con un servicio de apoyo a domicilio con amplios recursos y eficiente. Pero, en general, si este problema no existe, la estadía postoperatoria de una histerectomía laparoscópica es siempre menor que la de una abdominal y menor o igual a la de una técnica vaginal(21).

En el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se ha desarrollado un Programa de Cirugía Laparoscópica Ginecológica desde octubre de 1991. En 1992, se publicó el primer caso clínico (31) y en 1993, los resultados de los primeros 136 casos (32). En 1994 se empezó a realizar histerectomías laparoscópicas. Las primeras fueron según la técnica CISH (Classical Intrafascial Supracervical Hysterectomy), descrita por Semm en Alemania (24) y posteriormente las demás han sido LAVH (Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy), siguiendo la escuela francesa de Clermont-Ferrand (28). A la fecha, se han realizado más de 120 histerectomías laparoscópicas y 14 médicos especialistas nacionales y extranjeros han concurrido a formarse en este programa.

En nuestro Centro, el costo de la histerectomía laparoscópica es ligeramente mayor que el de la abdominal: US\$ 1.160 vs. US\$1.078, para las pacientes aseguradas por el Fonasa. Estas pacientes constituyen la mayoría de las atendidas en el Hospital Universitario. Se debe tener presente, que la técnica practicada, sólo considera material reusable y que el Hospital no cobra el tiempo de uso de pabellones. Para pacientes beneficiarias de Isapres, los costos netos cobrados son mayores para la vía laparoscópica: US\$1.712 vs. US\$ 1.400. Estas diferencias se explican por convenios directos que hay entre el Hospital y Fonasa en los valores de derecho de pabellón, honorarios médicos y valor del día cama, que favorecen a sus beneficiarios. Se espera que en futuro próximo un nuevo estudio de costos permita disminuir el elevado valor cobrado por el uso de los

equipos y como consecuencia, el costo total de la vía laparoscópica sea menor, como ha ocurrido en todos los Centros más desarrollados.

Debe considerarse además, que está ampliamente aceptado que el tiempo de recuperación a la vida activa es más corto(alrededor de un 50 %) en la técnica laparoscópica y vaginal que en la abdominal. Esto, tiene efectos directos en la disminución de los costos totales que un paciente debe asumir al enfrentar una operación (29).

## REFERENCIAS

1. Bachmann GA: Hysterectomy. A critical review. *J Reprod Med* 1990, 35: 839-862.
2. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB, Destefano F, Rubin GL, Ory HW: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The collaborative review of sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1992, 144: 841-848.
3. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeates D: The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynecol* 1992, 99: 402-407.
4. Liu, CY: Laparoscopic hysterectomy. Report of 215 cases. *Gynaecol Endosc* 1992, 1:73-77.
5. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB: Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994, 83: 549-555.
6. Kamina P: Surgical and functional anatomy of the pelvic floor in woman (in french). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988, 17: 835-848.
7. Browne DS, Frazer MI: Hysterectomy revisited. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1991 31:148-152.
8. Nezhat F, Nezhat C, Gordon S: Laparoscopic

- versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med* 1992, 37: 247-250.
9. Demco LA, Logan BS: Laparoscopic hysterectomy. A comparison to abdominal and vaginal hysterectomy (Abstract) Second European Congress in Gynaecological Endoscopy and New surgical Techniques. Heidelberg: 21-23 October 1993: 37-38.
  10. Howard FM, Sanchez R: A comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. *Gynecol Surg* 1993, 9: 83-90.1993
  11. Dargent DS: *Repertoire de chirurgie gynecologique par voie vaginales*. Lyon, France: Ediprim; 1986.
  12. Paldi E, Filmar S, Naiger R, Weisseman A, Feldman E: Vaginal hysterectomy using Porges' method (in French). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988, 17: 233-236.
  13. Phipps JH, Tyrrell NJT: Transilluminating ureteric stents for preventing operative ureteric damage. *Br J Obstet Gynaecol* 1992, 99: 81.
  14. Richardson RE, Broadbent M, Boumas N, Magos AL: Randomised controlled trial of laparoscopically assisted against conventional vaginal hysterectomy (Abstract). Second European Congress in Gynaecological Endoscopy and New surgical Techniques. Heidelberg: 21-23 October 1993:105-106.
  15. Grainger DA, Bowen L, Delmore JE, Christman CM, Zielke SL, Bates MP, Webster BW: Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy: 50 consecutive cases compared to the traditional vaginal approach (Abstract). American Fertility Society 48 th Annual Meeting, New Orleans, Louisiana, 1992, 0-056:525-526.
  16. Kudo R, Yamauchi O, Okasaki T, Sagae S, Ito E, Hashimoto M: Vaginal hysterectomy without ligation of the ligaments of the cervix uteri. *Surg Gynecol Obstet* 1990, 170:299-305.
  17. Kalinkov D, Buchholz R: Vaginal hysterectomy (in French) *Encl Med Chir, Paris* 4.5.07, 41650, 1991.
  18. Daniell JF, Kurtz BR, McTavish G, Gurley LD, Shearer RA, Chambers JF, Staggs SM: Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. The initial Nashville, Tennessee experience. *J Reprod Med* 1993, 38:537-542.
  19. Boike GM, Elfstrand EP, Delpriore G, Schumock D, Holley HS, Lurain JR: Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital: report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 168:1690-1701.
  20. Depriest S, Depretere R, Maton F: A comparison of hospital cost for laparoscopic, abdominal and vaginal hysterectomies in Belgium (Abstract). Second European Congress in Gynaecological Endoscopy and New Surgical Techniques, Heidelberg: 21-23 October 1993.
  21. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C: Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapsus: *Obstet Gynecol* 1994, 84: 885-888.
  22. Copenhaver EH: Vaginal hysterectomy. An analysis of indications and complications among 1000 operations. *Am J Obstet Gynecol* 1962, 84:123-128.
  23. White SC, Wartel U, Wade ME: Comparison of abdominal and vaginal hysterectomies. A review of 600 operations. *Obstet Gynecol* 1971, 37: 530-537.
  24. Semm K: Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1991, 51:996-1003.

- 
25. Minelli L, Angiolillo M, Caione C, Palmara V: : Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Endoscopy* 1991, 23:64-66.
  26. Carvajal JC, Galvez V, Messina E, Monardez Z: Histerectomía por videolaparoscopia. Uso de la técnica CASH. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993, 58:190-196.
  27. Summitt RL, Stovall TG, Lipscomb GH, Ling FW: Randomized comparison of laparoscopy assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in an outpatient setting. *Obstet Gynecol* 1992, 80:895-901.
  28. Mage G, Masson FN, Canis M, Pouly JL, Wattiez A, Pomel C, Glowaczower E, Bruhat M: Laparoscopic hysterectomy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 1995, 7: 283-289.
  29. Kovac SR: Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995, 85:18-23.
  30. Reich H, Decaprio J, McGlynn F: Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989, 5:213-216.
  31. Miranda C: Cirugía endoscópica del ovario: resección de teratoma quístico maduro. Ooforectomía translaparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1992, 57:107.
  32. Miranda C, Carvajal A, Pardo J: Cirugía laparoscópica ginecológica. Análisis clínico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993, 58:371-373.