Localizador web
Artículo 202.620

ORIGINALES

La histerectomía del milenio: técnica de Misgav Ladach modificada

W. García-Novoa[a], M.M. Báez[a], A. Hernández-Nakajara[a] y J. Essien[b]

[a]Hospital Gineco-Obstétrico Provincial Ana J. Bertancourt. Camagüey. Cuba.
[b]Servicios Gineco-Obstétricos. Alexandra Hospital. Charlestown. Nevis.

ABSTRACT

We performed a prospective case-control study of the results of abdominal hysterectomy using a modified Misgav-Ladach procedure at the Provincial Teaching Hospital of Camagüey (Cuba) over a 4-year period. There were two groups of 176 patients each. Information was processed electronically with EPINFO version V. Odds ratios (OR) and probability with 95% confidence intervals were determined. The most frequent indication was uterine leiomyoma. The main surgical risk was hypertension, although no significant difference was found between the two groups. Surgical time was reduced by an average of 17 minutes. Vaginal cuff abscess (OR: 0.00; $P < .05$) and surgical site infection were significantly more frequent in the control group. Length of hospital stay was 3 to 4 days in the study group and 5 to 6 days in the control group, with substantial cost reduction in the former group. We believe this technique is useful in improving the postoperative period and in achieving faster recovery and significant cost reductions.

INTRODUCCIÓN

La primera referencia de la realización de una histerectomía abdominal es en el año 1809, cuando en la mañana del día 24 de diciembre el Dr. Ephraim McDowell, en Kentucky (Estados Unidos), practicó una histerectomía abdominal subtotal sin anestesia por un tumor de ovario[1]. Richardson, en 1929, describe oficialmente la técnica de la histerectomía total abdominal, la cual se extendió por todo el mundo[2], y Joel Cohen, en 1954, realizó algunas modificaciones en las que se incluyó la incisión transversal alta del abdomen y, desde 1983, en el Hospital Misgav Ladach de Jerusalén, se comenzó a introducir un método en esta operación que incluye cambios en la forma de abrir y cerrar la pared, dejar hojas peritoneales abiertas y usar pocas suturas lo que minimiza el proceder, ahorra tiempo y disminuye complicaciones[1].

En el XI Congreso de Ginecología y Obstetricia de La Habana, en el año 2001, el profesor Del Castillo (México) presentó un vídeo de la histerectomía realizada con una muy pequeña incisión sin utilizar separadores[3], y nosotros hemos elaborado un método para esta operación tomado de varias técnicas en el que se obvia o sustituyen algunos pasos de la técnica de Richardson; la apertura del abdomen se realiza por una muy pequeña incisión transversal baja a 2 cm del pubis muy cerca de la de Pfannenstiel, pero más baja que la de Joel Cohen, después de incidir la piel el resto se abre en un solo plano, se usan sólo valvas o retractores de Dever, no compresas; se perfora el ligamento ancho con el dedo, y se pinzan ligamentos redondos y uteroováricos unidos, al igual que ligamentos uterosacros y arteria uterina, y arteria cervicovaginal, con la cúpula vaginal; cierre de cúpula, peritoneos abiertos y cierre de pared con escasa cantidad de suturas. Generalmente, la paciente no se cura hasta las 48 h y se egresa a las 72 h. Todas estas modificaciones se han analizado rigurosamente teniendo en cuenta que la incisión transversal al seguir las líneas de Langer tiene 30 veces menos tensión, la apertura por divulsión daña muy poco los tejidos, siempre se liga un pedículo vascular con uno de sostén, los peritoneos abiertos no debilitan la pared y las escasas suturas disminuyen la isquemia, la fibrosis y las adherencias, lo que facilita el drenaje espontáneo, y produce menos sintomatología, menos complicaciones y mejor cicatrización[4-6].

OBJETIVOS

– Identificar las principales indicaciones de histerectomía y el riesgo quirúrgico de las pacientes estudiadas.

Aceptado para su publicación el 14 de mayo de 2007.

– Comparar el tiempo quirúrgico de la intervención en ambos grupos.

– Conocer el comportamiento de las complicaciones comparativamente entre el grupo estudio y el grupo control.

– Valorar cómo se comportó la estadía hospitalaria y representar el impacto económico de esta técnica quirúrgica.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo de casos y controles pareados 1:1 sobre los resultados del método de Misgav Ladach modificado en la histerectomía total abdominal en el Hospital Docente Materno Provincial Ana Betancourt de Mora de Camagüey, en el período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2004. Se confeccionaron 2 grupos con 176 pacientes cada uno (grupo estudio) al que se le realizó la técnica modificada y (grupo control) al que se le practicó la técnica clásica de Richardson por incisión paramedia. Los datos se procesaron por computación electrónica según el sistema EPINFO y se determinó la *odds ratio* (OR) y la probabilidad con una fiabilidad del 95%. Los resultados se expresaron en forma tabular, texto y gráficos.

La técnica de Misgav Ladach se publicó por Stark en 1994[1], a la cual se le realizó modificaciones que ya fueron descritas en la «Introducción».

Se excluyó de las indicaciones de histerectomía a la enfermedad inflamatoria pélvica y al tumor de ovario.

Los costes se determinaron a razón de 62,69 $ moneda nacional (MN) por día por paciente, la sutura no absorbible a 3,18 $ MN y la no absorbible a 2,60 $ MN (Departamento de Contabilidad del Hospital Materno Docente Provincial Ana Betancourt de Mora de Camaguey. Informe Anual. 2000).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla I se observa que la principal indicación de histerectomía fue el fibroma uterino, con 288 pacientes, seguida de la hiperplasia endometrial, con 40, pero no hubo diferencia estadística entre ambos grupos. Gran número de bibliografía refleja el fibroma uterino como una de las causas ginecológicas más frecuentes que motivan esta intervención[1,2].

Al analizar el riesgo quirúrgico (tabla II) se encontró que 130 pacientes operadas en el grupo estudio y 126 en el grupo control no tuvieron ningún riesgo en el momento de la operación, y la hipertensión arterial fue la entidad que predominó, pero con una incidencia muy similar en ambos grupos; el resto de los riesgos se presentó con menor frecuencia. Es importante señalar que las pacientes ginecológicas presentan riesgo quirúrgico y la hipertensión aparece con relativa frecuencia, y en este trabajo no influyó en los resultados de una u otra técnica[7,8].

El tiempo quirúrgico (tabla III) presentó una disminución significativa en el grupo estudio, el tiempo mínimo se redujo en 16 min, la media en 17 y el tiempo máximo en 20 min, por lo que esta técnica es muy rápida y extremadamente sencilla y así reduce el transoperatorio, que es el período más crítico de cualquier intervención, tal como lo manifiestan el autor de la técnica original y otros[1,7,8].

En la tabla IV se observa una incidencia significativamente mayor de complicaciones en el grupo control con relación al grupo estudio, donde resaltó el absceso de cúpula vaginal con 8 pacientes (OR = 0,00; $p < 0,05$) y el granuloma de la cúpula vaginal, que fue muy similar en ambos grupos.

Al analizar los reportes intencionales de esta técnica casi todos los autores coinciden en plantear que hay menos complicaciones y que el postoperatorio es mejor, con una recuperación más rápida lo que

TABLA I. **Indicación de la histerectomía total abdominal**

INDICACIÓN	GRUPO ESTUDIO	GRUPO CONTROL	TOTAL
Fibroma uterino	176	140	288
Hiperplasia endometrial	22	18	40
Carcinoma in situ-NIC III	6	18	24
Total	176	176	352

Fuente: encuestas. $p < 0,05$.

TABLA II. **Riesgo quirúrgico**

RIESGO*	GRUPO ESTUDIO	GRUPO CONTROL
Sin riesgo	130	126
Hipertensión	44	36
Diabetes	8	10
Obesidad	4	10
Cardiopatía	2	–

Fuente: encuestas.
*Hubo pacientes con más de un riesgo quirúrgico.

TABLA III. **Tiempo quirúrgico**

TIEMPO QUIRÚRGICO	GRUPO ESTUDIO	GRUPO CONTROL
Mínimo	30	46
Media	41	58
Máximo	54	74

Fuente: encuestas.

TABLA IV. **Complicaciones**

COMPLICACIONES	GRUPO ESTUDIO	GRUPO CONTROL	OR	PROBABILIDAD
Sin complicaciones	162	148		
Granuloma de cúpula	12	14	0,85	> 0,05
Absceso de cúpula	–	8	0,00	< 0,05
Infección de la herida	1	5	0,20	> 0,05
Infección urinaria	1	1	1,00	> 0,05
Total	176	176		

Fuente: encuestas.
OD: *odds ratio.*

permite un alta precoz y económicamente menos costosa[6-9].

La estadía hospitalaria (fig. 1) se redujo considerablemente; el mayor número de operadas egresaron en las primeras 72 h, o en los primeros 4 días en el grupo control, lo que permitió una reducción de los costes de esta intervención por concepto de estadía y de ahorro de suturas que sumó 15.584 $. Esta cifra se puede incrementar si se incluyen los costes de los líquidos intravenosos, antimicrobianos y otros en las pacientes con complicaciones; hay autores que también han investigado acerca del valor de la incisión transversal y del no uso de compresas intraabdominales, confiriéndole a éstas gran importancia[10,11].

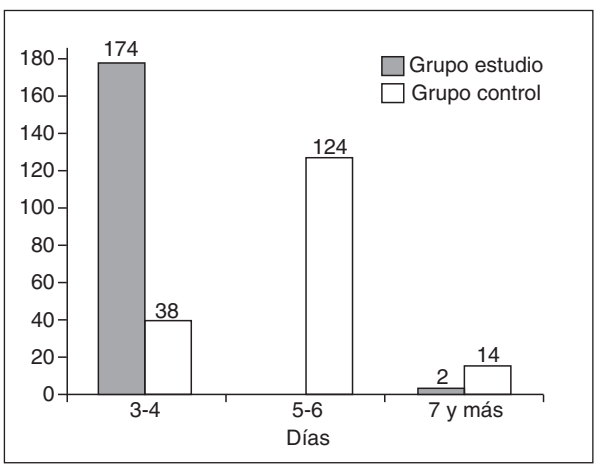

Fig. 1. Estadía hospitalaria. Fuente: Encuestas. p < 0,05.

CONCLUSIONES

– El mayor número de pacientes fueron histerectomizadas por causas relacionadas con el fibroma uterino, seguido de la hiperplasia endometrial; no hubo diferencia entre ambos grupos.

– En los 2 grupos predominaron las operadas sin riesgo quirúrgico y la hipertensión arterial destacó dentro de los riesgos de la intervención.

– El tiempo quirúrgico se redujo considerablemente en el grupo en el que se practicó la técnica modificada, la media fue de 17 min menos.

– Se presentaron significativamente menos complicaciones en el grupo estudio; el absceso de cúpula constituyó el mejor exponente (OR = 0,00; p < 0,05).

– El mayor número de operadas en el grupo estudio egresó al tercero o cuarto día, a diferencia del grupo control en que esto ocurrió entre el quinto y sexto días, lo que conllevó una reducción de los costes por concepto de estadía y ahorro de suturas de 15.584 $ MN.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo de casos y controles de los resultados de la histerectomía abdominal por la técnica de Misgav Ladach modificada en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico Provincial de Camagüey en un período de 4 años. Se formaron 2 grupos de 176 pacientes cada uno; la información se procesó electrónicamente según el programa EPINFO versión V y se determinaron la *odds ratio* (OR) y la probabilidad con una fiabilidad del 95%. La indicación más frecuente fue el fibroma uterino; entre los riesgos quirúrgicos predominó la hipertensión arterial, aunque sin diferencia significativa entre los 2 grupos. Se redujo el tiempo quirúrgico promedio en 17 min; el absceso de cúpula (OR = 0,00; p < 0,05) y la infección de la herida fueron las complicaciones que predominaron significativamente en el grupo control; la estadía hospitalaria más frecuente en el grupo estudio fue de 3 a 4 días y en el grupo control de 5 a 6 días, manifestándose una reducción importante de los costes en el grupo anterior. Consideramos esta técnica un instrumento para lograr un mejor postoperatorio, una recuperación rápida y una reducción significativa de costes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stark M. Technique of Hysterectomy. The Misgav Ladach Method. Women's Health Today. Montreal, Canada: XIV World Congress (FIGO); 1994. p. 80-5.
2. Te Linde R W. Ginecología Operatoria. 5.ª ed. La Habana: Científico-Técnica; 1983. p. 141-57.
3. Del Castillo M. Técnica de la histerectomía (vídeo conferencia). XI Congreso de Ginecología y Obstetricia. La Habana, 2001.
4. Pfannenstiel J. Ueber die Vorteile des suprasymphysaeren Fascienquerschnitt fuer die gynaekologische Koliotomien, zugleich ein Beitrag zu der Indikaonsstellung der operationwege. Samml Klin Vort Gynaek. 1900;268:68-98.
5. Rodríguez Hidalgo N. Cirugía ginecológica y obstétrica. T. 1. 1993; 39-56, 101-124
6. Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incision in hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994;53:121-2.
7. Ellis H, Heddle R. Does the peritoneum need to be closed at laparotomy? Br J Surg. 1977;64:733-6.
8. Stark. M. Adhesion-free Hysterectomy (Letter to the Editor). World J Surg. 1993;17:419.
9. Joel-Cohen S. Abdominal and vaginal hysterectomy. New Techniques based on time and Motion Studies. London: William Heinemann Medical Books; 1972. p. 170.
10. Greenall MJ, Evans M, Pollack AV. Mid-line or transverse laparotomy? A random controlled trial period. Br J Surg. 1980;67:188-95.
11. Down RH, Whitehead R, Watts JM. Do surgical packs cause peritoneal adhesions? Aust NZ J Surg. 1979;49:379-82.