UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, C. A.

CONTRIBUCION A LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL CON EXTIRPACION BILATERAL DE ANEXOS

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

Por

ARTURO WER SAGASTUME

Ex-interno de los Servicios de Oftalmología de Hombres y de Mujéres. Servicio de Oto-rino-laringología de Mujeres. Servicio de Urología. Casa de Salud de Hombres. Primera Medicina de Mujeres. Servicio de Emergencia del Hospital General. Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital San José.

Ex Vice-Presidente de la Juventud Médica.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Julio de 1946.

Indicaciones de esta técnica:

Es aconsejable en los siguientes casos:

a—Fibroma uterino pequeño.

b—Fibro-mioma uterino siempre que no sea posible hacer miomectomía,

c—En el mioma uterino complicado con gestación, el aborto espontáneo o provocado, acarrea grandes peligros, por la dificultad de lograr el total vaciamiento del órgano y la frecuencia de hemorragia e infección. Todo legrado uterino hecho en estas condiciones tiene muchas posibilidades de ser incompleto.

d—En el "útero irritable", con hemorragia copiosa, flujo abundante o doloroso a la palpación que no se alivie con legrado ni tratamiento médico.

e—En las grandes metrorragias de la menopausia.

f—En Anexitis crónicas.

g—En el Prolapso uterino cuando no sea posible operarlo por vía vaginal, por adherencias inflamatorias, o lesiones de los anexos o tumores.

h—En los quistes anexiales bilaterales, la conservación del útero no se justifica.

i—En ciertos casos de Endometriosis.

j—Cervicitis pre-cancerosa.

k—Pólipos malignos.

l—En el cáncer del cuello uterino con grado I clínico y grado I de malignidad.

m—En el cáncer del cuerpo del útero, con grado I clínico y grado I de malignidad.

n—En el cáncer del ovario.

ñ—En el Corioepitelioma.

Contraindicaciones de esta técnica:

No es aconsejable en los siguientes casos:

a—En los días anteriores o durante la menstruación.

b—En los cinco o seis meses después del parto se efectúa la total involución uterina; después de esa fecha, ya no habrá peligro que se propaguen infecciones del puerperio y los tejidos estarán en mejores condiciones

c—Sección de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, de la hoja anterior de la vaina de los rectos y divulsión con el mango del bisturí del oblicuo menor y del transverso.

d—Sección de los rectos: con el mango del bisturí, se libera el borde interno del recto derecho, el músculo es cargado con el índice izquierdo del Cirujano, se aislan o ligan los vasos epigástricos y transversalmente se secciona el músculo recto.

Recto izquierdo: se libera su borde interno, el músculo es cargado con el mango del bisturí, éste es retirado y reemplazado por el índice izquierdo del Cirujano; se aislan o ligan los vasos epigástricos y se secciona el músculo recto, transversalmente.

e—Sección de la fascia transversalis, del tejido celular sub-peritoneal y peritoneo transversalmente; para hacerlo es preferible usar tijeras rectas.
Esta incisión tiene la ventaja de dar más campo para trabajar en profundidad y predisponer menos a la hernia post-operatoria.

f—El borde interno de los campos de gaza se coloca dentro de la cavidad abdominal, suprimiendo el empleo de **pinzas de campo.**

g—Exposición del campo operatorio con el separador abdominal de Balfour; las asas intestinales son aisladas del campo pélvico, por medio de rodillo de gaza.

Técnica:

El Cirujano, con su mano izquierda, levanta el útero, identifica los ligamentos anchos y con su mano derecha coloca una pinza de Kocher recta, en cada borde del útero (Fig. 1); es indispensable que la punta de la pinza descienda lo más posible sobre el borde interno del ligamento ancho, con el objeto de detener por forsipresión, la circulación de los vasos uterinos y servirse de ellas como tractores del útero, para facilitar los movimientos de éste, durante la operación.

Ligadura del Ligamento Infundíbulo Pelviano:

Ver Fig. 1.

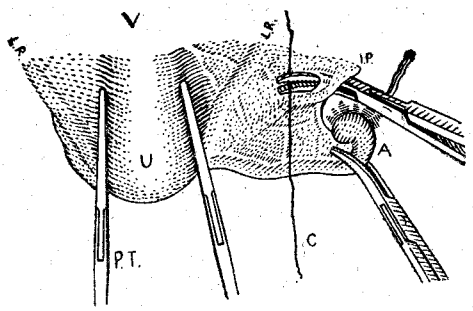

Fig. 1. P. T. Pinza tractora. V. Vejiga. U. Utero. A. Anexos. I. P. Ligamento infundíbulo Pelviano. L. R. Ligamento Redondo. C. Catgut para ligar el Ligamento infundíbulo pelviano.

Con pinza de Kelly, Kocher curva o de Karmalt, tomar los anexos derechos para poner tenso el Ligamento infundíbulo pelviano; con otra pinza de Kelly, Kocher curva o de Karmalt, perforar de atrás a delante en la zona avascular del ligamento ancho, abrir la pinza, al separar los extremos de ésta queda un orificio amplio; el Ayudante coloca entre las ramas de la pinza catgut simple No. 2, se cierra y regresa la pinza y se anuda; con tijeras se cortan los extremos del catgut y la parte de ligamento que hay del borde libre al sitio de perforación que se hizo con la pinza curva, por dentro del nudo, formándose el muñón No. 1.

Ligadura del Ligamento Redondo:

Ver Fig. 2.

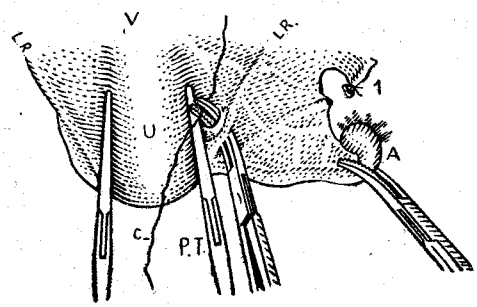

Fig. 2. P. T. Pinza tractora. V. Vejiga. U. Utero. A. Anexos. L. R. Ligamento redondo. C. Catgut para anudar el Ligamento redondo. 1. Muñón del Ligamento infundíbulo pelviano.

posible prolapso vaginal post-operatorio; los muñones que

Con pinza de Kelly, Kocher curva o de Karmalt, perforar el ligamento ancho por su cara anterior a un centímetro afuera de la pinza tractora y a medio centímetro arriba del ligamento redondo, otra perforación de atrás a delante inmediatamente abajo del ligamento redondo; sepárense los extremos de la pinza para lograr orificio amplio y el ligamento redondo es aislado, el Ayudante coloca catgut simple No. 2 entre las ramas de la pinza, se cierra y regresa ésta y se anuda; con tijeras se cortan los extremos del catgut y el ligamento redondo en el espacio que hay entre la ligadura de éste y la pinza tractora del útero; hágase lo mismo con el ligamento ancho que hay entre el muñón No. 1 y la ligadura del redondo, éste se retrae hacia la pared pélvica y tenemos formado el muñón No. 2 (Fig. 3). La misma técnica en el lado izquierdo.

Los anexos derechos e izquierdos se llevan a la cara posterior del útero (Fig. 3), se traslapa uno con otro y se anudan con catgut simple No. 2.

Sección del Ligamento Ancho:

Ver Fig. 3.

Con tijeras hacer corte bilateral del ligamento ancho por fuera de las pinzas tractoras del útero a medio centímetro de éstas, en una pequeña extensión para no herir los vasos uterinos.

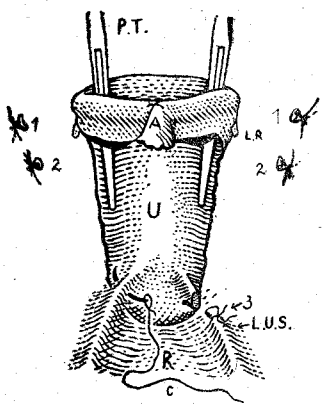

Fig. 3. P. T. Pinza tractora. U. Utero. A. Anexos anudados a la cara posterior del útero. R. Recto. 1. Muñón del Ligamento infundíbulo pelviano. 2. Muñón del Ligamento redondo. L. U. S. Ligamento útero-sacro. 3. Muñón del Ligamento útero-sacro. C. Catgut con aguja ligando el útero-sacro.

Ligadura de los Ligamentos Utero-Sacros:

Ver Fig. 3.

Con ayuda de los tractores, dirigir el útero hacia el pubis, para poner tensos los Ligamentos Utero-Sacros; con aguja curva de punta redonda y catgut simple No. 2, a un centímetro del útero, tomar el Ligamento Utero-Sacro en todo su espesor, anúdese y córtese con tijeras entre el útero y el nudo; así se forma el muñón No. 3; lo mismo con el otro Utero-Sacro; y el peritoneo que ha quedado entre los dos ligamentos seccionados se cortará con tijeras

Sección del peritoneo Vésico-Uterino y separación de la Vejiga:

Ver Fig. 4.

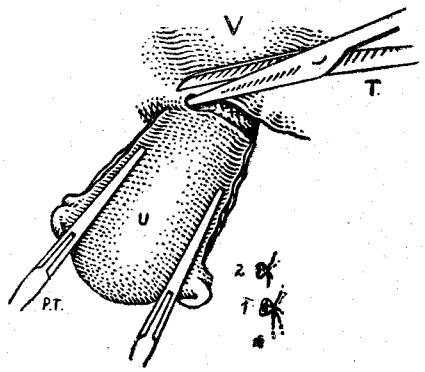

Fig. 4. P. T. Pinza tractora. U. Utero. V. Vejiga. 1, Muñón del ligamento infundíbulo pelviano. 2. Muñón del Ligamento redondo. T. Tijeras seccionando el peritoneo Vésico-Uterino.

Se introducen tijeras curvas entre las hojas del Ligamento Ancho, para separarlas y buscar clivaje entre la hoja anterior peritoneal y la cara anterior del útero; en el fondo de saco Vésico-Uterino, el peritoneo es cortado a dos centímetros del borde vesical.

El índice derecho del Cirujano es cubierto con una compresa de gaza húmeda para hacer disección roma hacia abajo, en la parte anterior se aislará la vejiga, hasta lograr palpar el cuello uterino a través de la pared anterior de la vagina; la misma disección es necesaria en la

parte posterior abajo de la sección de los Ligamentos Utero-Sacros y peritoneo y en las partes laterales hasta encontrar los vasos uterinos.

Ligadura de los Vasos Uterinos:

Ver Fig. 5.

Al terminar la separación de la vejiga, aparecen los Vasos Uterinos, se procede a su ligadura de la manera siguiente: el Cirujano hace tracción de los tractores hacia el lado izquierdo, con pinzas de Kelly, Kocher curva o de Karmalt, perfórese lo **más cerca del útero,** vigilando no pinchar los vasos uterinos; **ábrase bien la pinza,** para lograr amplia perforación, el Ayudante coloca entre las ramas de la pinza catgut simple No. 2, se cierra y regresa ésta, se anuda procurando que sea lo **más externo posible,** córtese con tijeras entre el nudo y el útero muy cerca de éste, así en forma de muñón No. 4. Junto con los vasos uterinos quedan ligados los Ligamentos de Mackenrodt. *

* Recordamos que los Ligamentos de Meckenrodt, son haces fibro-conjuntivo-musculares que del cuello uterino y cúpula vaginal, van a la pared pelviana.

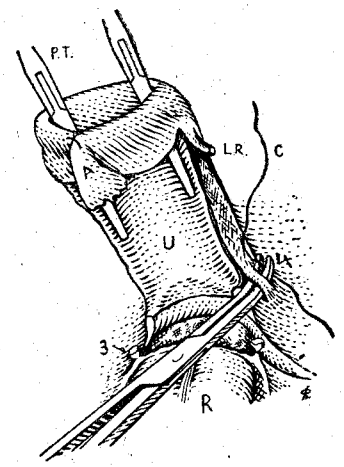

Fig. 5. P. T. Pinza tractora. U. Utero. A. Anexos anudados a la cara posterior del útero. L. R. Ligamento redondo seccionado. 3. Muñón del Ligamento útero-sacro. 4. Pinzas haciendo ligadura de los vasos uterinos y Ligamento de Mackenrodt. C. Catgut.

Las ramas cervicales y vaginales de la uterina que han quedado abajo del muñón No. 4 (Fig. 6), son tomados

con aguja curva con catgut simple No. 1, formando el muñón No. 5. Hay que tener presente que con esta ligadura se evita hemorragia que, para el Cirujano es muy molesta.

La misma técnica en el lado opuesto.

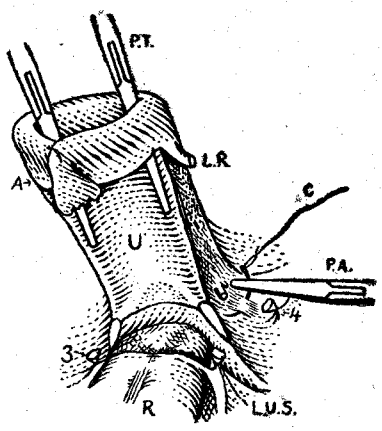

Fig. 6. P. T. Pinza tractora. U. Utero. A. Anexos. L. R. Ligamento redondo seccionado. R. Recto. 3. Muñón del Ligamento útero-sacro. 4 Muñón de los vasos Uterinos y Ligamento de Mackenrodt. L. U. S. Ligamento útero-sacro. P. A. Porta agujas con C. Catgut, ligando las ramas vaginales de los vasos uterinos.

Localizados los contornos del cuello uterino a través de las paredes vaginales, se colocan dos pinzas curvas de

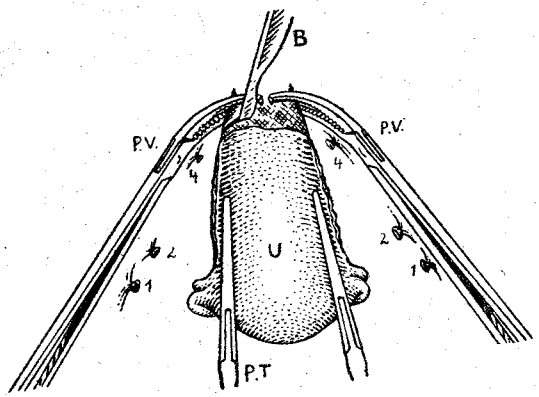

Fig. 7. P. T. Pinza tractora. U. Utero. 1. Muñón del Ligamento iliopelviano. 2. Muñón del Ligamento redondo. 4. Muñón de los vasos uterinos y Ligamento de Mackenrodt. P. V. Pinza vaginal, aplastando las paredes de la vagina. B. Bisturí cortando entre las pinzas vaginales y contorno del cuello uterino.

Kelly, Kocher o de Karmalt, (Fig 7), una a la derecha y otra a la izquierda inmediatamente abajo de los contornos del cuello uterino; con bisturí se corta a unos milímetros arriba de las ramas de la pinza, para evitar el deslizamiento de las paredes vaginales.

Sutura de la Cúpula Vaginal:

Ver Fig. 8.

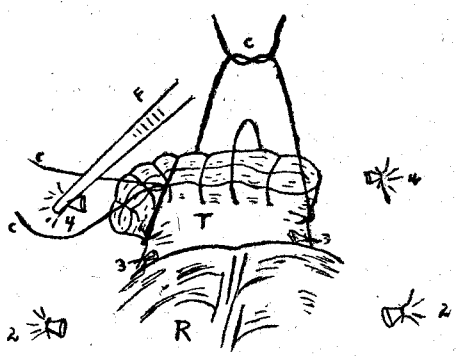

Fig. 8. F. Pinza de disección. T. Vagina. R. Recto. 2. Muñón del Ligamento redondo. 3. Muñón del Ligamento útero-sacro. 4. Muñón de los vasos uterinos.

Con aguja curva, punta de trocar con catgut cromizado No. 1. Princípiese la sutura por el extremo de la sección vaginal que está *más cerca del Cirujano, la aguja debe pinchar pocos milímetros abajo de las ramas de la pinza, anúdese, dejando un cabo de catgut de 15 a 20 centímetros de largo,* sutúrese en sorjete simple de manera que las ramas de la pinza queden incluídas en la sutura, terminando ésta en el extremo de la pinza, anúdense los extremos del catgut y córtense a 15 o 20 centímetros de largo.

Hacer lo mismo en el lado opuesto.

Si el Cirujano juzga necesario, dejar drenaje vaginal, puede hacerlo entre el sorjete de un lado y el del otro.

Fijación de la Cúpula Vaginal:

Ver Fig 8.

El Cirujano toma con una de sus manos los cabos largos de catgut que están más cerca de él y los separa,

el Ayudante con pinza de disección, tira del muñón No. 4, que corresponde a los vasos uterinos y ligamento de Mackenrodt, lo coloca en el ángulo formado por el catgut y el Cirujano anuda sobre él; esto da más seguridad puesto que sobre los vasos uterinos hay **doble ligadura,** que disminuye los riesgos de hemorragia post-operatoria.

Nuevamente el Cirujano separa los extremos de catgut y el Ayudante tira con pinzas de disección del muñón No. 2, que corresponde al ligamento redondo (Fig 9), lo coloca sobre el nudo anterior, anudando a la vez sobre él. En el lado opuesto, hacer lo mismo, con la variante que el Ayudante es quien toma y anuda el catgut y el Cirujano tira de los muñones.

Los cuatro extremos de catgut son anudados entre sí y cortados.

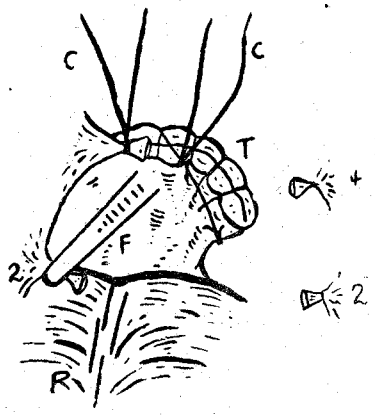

Fig. 9. T. Vagina seccionada. R. Recto. F. Pinza de disección, tirando del muñón No. 2., que corresponde al Ligamento redondo. C. Catgut.

Peritonización:

Con aguja curva de punta redonda con catgut simple No. 1, sutura en sorjete simple, principiando por el ángulo derecho de la incisión peritoneal, cuidando del buen afrontamiento de los bordes y perfecta invaginación del muñón No. 1, que corresponde a los vasos ováricos; los ligamentos útero-sacros se suturan entre sí y son fijados a la cúpula vaginal, lográndose mayor solidez y menos riesgo al posible prolapso vaginal post-operatorio; los muñones que

están fijados a la vagina son recubietros por el peritoneo del fondo del saco vésico-uterino.

Retírese el rollo de gaza que aislaba las asas intestinales.

Sutura de la Pared Abdominal:

Incisión Vertical:

a—Una pinza de Kocher en el extremo pubiano de la incisión peritoneal, una a cada lado en la parte media.

b—Con aguja curva de punta redonda con catgut simple No. I, sutura en sorjete del peritoneo y fascia transversalis.

c—Sutura del plano aponeurótico con catgut cromizado No. 1 o 2, con dos puntadas en sorjete simple y una en punto de ojal.

d—Sutura de la aponeurosis superficial con cuatro o cinco puntos separados de catgut simple No. 0, o afrontamiento de los labios de la herida operatoria por puntos profundos de crin.

e—Los labios de la incisión cutánea se afrontan con garfios de Mitchel o puntos separados de crin, seda o hilo de algodón.

Incisión transversal:

Las rodillas del enfermo en posición semiflexionada, que facilita la aproximación de los bordes aponeuróticos y musculares. Con aguja curva y catgut simple No. 2.

a—Sutura en sorjete del peritoneo y fascia transversalis.

b—Una pinza de Kocher en cada uno de los puntos de sección de la línea blanca, sitio que corresponde a la parte media de la incisión, se tira de las pinzas hacia el lado del Ayudante o del Cirujano; con esta maniobra se ponen tensos y afrontan los músculos oblicuo menor y transverso, sobre ellos se colocan dos puntos separados de catgut cromizado No. 1.

c—Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor y de la hoja anterior de la vaina de los rectos con puntos separados de seda o catgut cromizado No. 1.

d—**Sobre los músculos rectos no se coloca ninguna sutura.**

e—La aponeurosis superficial, se afronta con puntos separados de catgut simple No. 0.

f—Los labios de la incisión cutánea, se afrontan con garfios de Mitchel o puntos separados de crin, seda o hilo de algodón.

En pacientes con rasgadura perineal amplia, inmediatamente después de practicar la Histerectomía Abdominal se les hace perineorrafia.

Post-operatorio:

No tenemos nada que agregar a los cuidados corrientes.

Estadística:

Esta técnica ha sido empleada en **cincuenta y siete casos,** con resultados muy satisfactorios y **cero por ciento de mortalidad.**

CONCLUSIONES

a—Esta técnica es anatómica, por lo tanto muy segura.

b—Simplifica la Histerectomía Abdominal total, con extirpación bilateral de Anexos, usando únicamente **cuatro pinzas.**

c—Todos los vasos sanguíneos son ligados antes de ser seccionados y sobre éstos no se ejerce ningún traumatismo con pinzas hemostáticas, ni con aguja de sutura, evitando peligros y complicaciones de flebitis.

d—Sobre los vasos uterinos se coloca ligadura doble, dando mayor seguridad contra la hemorragia post-operatoria.

e—Los riesgos para el Uréter son mínimos, durante el acto quirúrgico se trabaja muy cerca del útero.

f—La vagina es seccionada con bisturí sobre dos pinzas hemostáticas, que la tienen herméticamente cerrada, con lo que se logra mínima contaminación del campo operatorio.

g—La sutura vaginal queda sostenida y fijada por los ligamentos de Mackenrodt, Redondos y Utero-Sacros, da más garantía contra el posible prolapso vaginal post-operatorio.

h—En las pacientes con rasgadura perineal amplia, inmediatamente después de practicar la Histerectomía abdominal se les hace perineorrafia.

i—El empleo de campos operatorios con hoja de papel celofán, da mejor protección a la herida operatoria.

j—Esta técnica ha sido empleada en **cincuenta y siete casos,** con resultados muy satisfactorios y **cero por ciento de mortalidad.**

Imprímase,
Dr. C. M. GUZMAN.

ARTURO WER S.

BIBLIOGRAFIA

Ginecología operatoria de Crossen y Crossen.

Clínica Obstétrica, Jaime Moragues.

Contribución al estudio de algunas técnicas quirúrgicas Ginecológicas en el servicio de Ginecología del Hospital General, Dr. Francisco Bauer P.

Contribución al estudio de las Incisiones transversales en Cirugía Abdominal, Dr. William Balz M.

PROPOSICIONES:

Anatomía Descriptiva	Utero.
Anatomía Patológica y Patología General	Fibroma del Utero.
Anatomía Topográfica	Vías Lagrimales.
Bacteriología	Estafilococo.
Botánica Médica	Quenopodio.
Clínica Médica	Exploración del Hígado.
Clínica Quirúrgica	Exploración de las Vías Lagrimales.
Física Médica	Termómetro.
Fisiología	Utero.
Higiene	Esterilización del agua.
Histología	Utero.
Medicina Legal y Toxicología	Intoxicación por Estricnina.
Obstetricia	Mola.
Patología Médica	Neumonía.
Patología Quirúrgica	Cervicitis.
Patología Tropical	Fiebre Amarilla.
Parasitología	Ascaris.
Pediatría	Parálisis Infantil.
Psiquiatría	Oligofrenia.
Química Biológica	Investigación de Albúmina en la orina.
Química Médica Orgánica ...	Luminal.
Química Médica Inorgánica..	Sulfato de Magnesio.
Técnica Operatoria	Keratoplastia.
Terapéutica	Opiáceos.