

Histerectomía Abdominal: Estudio comparativo entre la Técnica Simplificada y la Técnica de Richardson.

Marco Garnique, Instituto Materno Perinatal, 2005-2006

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo de estudio el determinar las principales diferencias entre la técnica quirúrgica Simplificada y la técnica de Richardson para la Histerectomía Abdominal; en términos de tiempo operatorio, presentación y tipo de complicaciones.

Para ello se realizó un estudio de corte descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Se comparó 26 pacientes operadas de Histerectomía Abdominal según la técnica simplificada entre el 01 de febrero del 2005 y el 31 de mayo del 2006 con igual número de pacientes operadas según la técnica de Richardson.

La indicación más frecuente de Histerectomía Abdominal fue la presencia de miomas uterinos (76,9%) y se presentó complicaciones en el 17,3 % de pacientes con Histerectomía Abdominal. La frecuencia de complicaciones fue similar en las dos técnicas. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección del sitio quirúrgico (7,6 %) y la infección de las vías urinarias (5,8 %).

La presentación y el tipo de complicaciones entre la técnica simplificada y la de Richardson no evidenciaron diferencia estadísticamente significativa.

El tiempo operatorio ($P < 0,01$) y la estancia hospitalaria ($P < 0,05$) fueron significativamente menores para las pacientes operadas con la técnica Simplificada que con la Técnica de Richardson.

***Conclusiones:** Se puede utilizar una técnica alternativa al Método de Richardson en Histerectomía abdominal, la cual puede ofrecernos ventajas en el operatorio y la estancia hospitalaria. El 17,3 % de las pacientes operadas de Histerectomía Abdominal presentó algún tipo de complicación, ocurriendo todas en el período postoperatorio.*

En el estudio no se llegó a demostrar asociación entre la presencia de complicaciones y la técnica de Histerectomía empleada (simplificada o de Richardson).

***Palabras Clave:** Histerectomía abdominal, técnica simplificada, técnica de Richardson, Tiempo operatorio, estancia hospitalaria.*

Abdominal Hysterectomy: Comparative Study between the Simplified Technique and Richardson Technique

Marco Garnique, Perinatal Maternal Institute 2005-2006

Abstract

The objective of this research was to determine the main differences between the simplified surgical technique and the Richardson technique for the abdominal hysterectomy, related to operative time, presentation and type of complications.

A study of descriptive, transversal, prospective and comparative cut was performance the Perinatal Institute of Peru.

Twenty six operated patients of Abdominal Hysterectomy were compared according to the Simplified Technique from February 1st 2005 to May 31st 2006 with a similar quantity of operated patients according to the Richardson Technique.

The most frequent indication of Abdominal Hysterectomy was the presence of uterine myomas (76, 9%). And complications were presented in the 17.3% of patients with Abdominal Hysterectomy.

The complication frequency was similar in both techniques. The most frequent complications were the surgical place infection (7.6%) and the urinary way infection (5.8%).

The presentation and the type of complication between the Simplified Technique and the Richardson Technique didn't present significant differences.

The operative time ($p < 0, 01$) and the hospital abode ($p < 0, 05$) were less for the operated patients with the simplified Technique compared with the Richardson Technique ones.

Conclusions: *An alternative technique to the Richardson Method could be used in the Abdominal Hysterectomy. It could offer us advantages in the operative time and hospital abode. The 17, 3% of Abdominal Hysterectomy operated patients presented some types of complications in the post operative period.*

In this research, the association between the presence of complications and the Hysterectomy Technique that was used (Simplified or Richardson's) was not demistrated)

Key Words: *Abdominal Hysterectomy, Simplified Technique, Richardson technique, operative time, hospital abode.*

Introducción

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero ¹⁻³. Es un procedimiento que ha evolucionado a través del tiempo gracias a una serie de factores, destacando los avances en Anestesiología, antibioticoterapia y técnica quirúrgica ³.

En la mayoría de las pacientes, la elección de un procedimiento por vía vaginal o abdominal, depende del diagnóstico y los datos clínicos encontrados ⁴. Sin embargo, dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal ⁵⁻⁸.

El útero puede extirparse por vía abdominal o vaginal; la elección depende de la indicación de la cirugía, del tamaño y movilidad del útero, de la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas, como experiencia y entrenamiento del cirujano ^{9,10}. La histerectomía puede ser total o subtotal. La ventaja de la histerectomía total es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado y de localización de cáncer y lesiones precancerosas. La incidencia de cáncer en el muñón cervical post histerectomía no se encuentra aumentada, pero el tratamiento de un carcinoma puede ser más difícil, debido a que se han modificado las relaciones anatómicas con la vagina y el recto, así como por la presencia de posibles adherencias ¹¹.

Por otro lado, la histerectomía subtotal tiene la ventaja de disminuir la probabilidad de lesiones en la vejiga, uréter y recto, ya que no se realiza extirpación del cérvix ¹².

Actualmente, la histerectomía es la intervención ginecológica más practicada en los países desarrollados ¹³⁻¹⁶, y aunque con los avances médicos la mortalidad asociada al procedimiento haya disminuido significativamente, conlleva a un importante grado de morbilidad;

En Estados Unidos, se realizan más de 600 000 histerectomías por año ¹⁷. De ellas, 2 de cada 3 son por vía abdominal, tendencia mundial ³; constituyendo el segundo tipo de

cirugías mayores en mujeres de edad reproductiva^{18,19}.

La mayoría de las indicaciones de la histerectomía incluyen una o más de las siguientes causas: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17.2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%); las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas²⁰. Actualmente se indica el procedimiento en casos de: a) patología maligna (cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino^{21,22}, cáncer del cuerpo uterino²³⁻²⁵, cáncer de ovario¹⁶ y trompa, cáncer de colon progresado a útero); b) patología benigna (leiomiomas uterinos, endometriosis¹⁷, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico^{18,19}, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásica) y c) patología obstétrica (placenta acreta²⁰, hemorragia incoercible postparto²², sepsis con foco uterino postparto^{4,21}).

Se pueden producir complicaciones de algún tipo en hasta el 42% de pacientes sometidas a una histerectomía abdominal²⁶; y algunas de ellas pueden ser severas (p. ej. infección, hemorragia, lesión del tracto urinario, lesión intestinal y embolia pulmonar).

No obstante, se debe procurar lograr la menor tasa de complicaciones, enfatizando que la capacidad de realizar el procedimiento con tasas de morbilidad y mortalidad bajas, si bien es extremadamente deseable, no es una evidencia *ipso facto* de que la cirugía se este practicando de forma correcta^{4,26}. Además de tasas bajas de morbilidad y mortalidad, el médico también debe estar seguro de que sólo las pacientes con las indicaciones correctas son seleccionadas para un tratamiento quirúrgico, dado que cada procedimiento tiene sus ventajas y desventajas²⁷.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo con la totalidad de pacientes operadas de Histerectomía Abdominal durante el período comprendido entre el 01 de febrero del 2005 y el 31 de mayo del 2006 en el Servicio de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.; las cuales fueron sometidas a la técnica Simplificada pareándose cada una de ellas con una paciente operada según la técnica de Richardson.

Se requirió que la Histerectomía Abdominal sea electiva (planificada por lo menos 24 horas antes de la cirugía), que la indicación del procedimiento sea por patología ginecológica benigna (a excepción de cáncer de cuello uterino hasta el estadio clínico IA₁), que el tamaño uterino sea ≤ 12 centímetros y que la historia clínica este accesible y con información requerida completa.

Se excluyó a todas las pacientes que requirieron Histerectomía Abdominal de emergencia, a las pacientes operadas de Histerectomía Vaginal, Histerectomía Vaginal asistida por Laparoscopia, Histerectomía Total Laparoscópica o Histerectomía Abdominal por técnicas quirúrgicas diferentes a la simplificada o a la de Richardson y a aquellas que necesitaron la realización un procedimiento quirúrgico concomitante.

La determinación de las pacientes operadas de Histerectomía Abdominal tanto según la técnica simplificada como aquellas según la técnica de Richardson fue por muestreo no probabilístico de tipo identificación de casos consecutivos.

Descripción gráfica de la técnica simplificada para la Histerectomía Abdominal

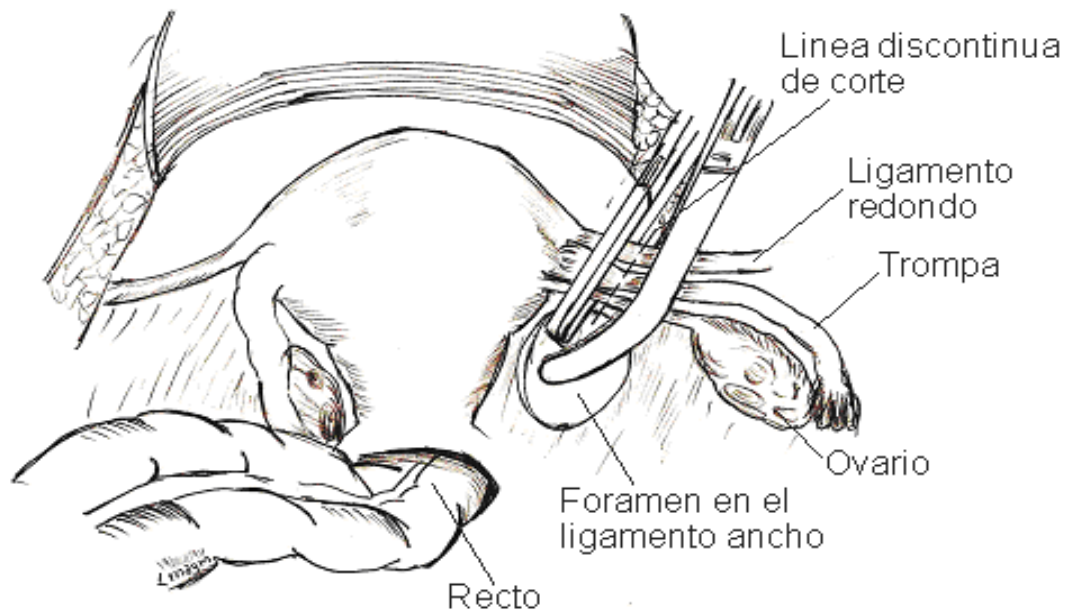


Figura 1.a Apertura del ligamento ancho y pinzamiento conjunto del ligamento redondo y el infundíbulo pélvico en caso de conservación de los anexos.

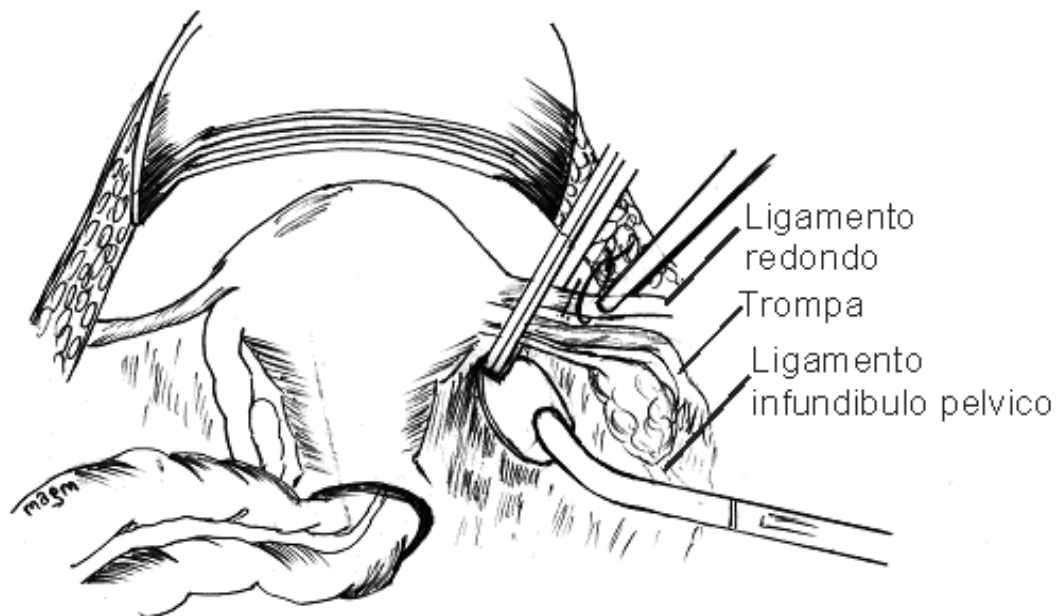


Figura 1.b Apertura del ligamento ancho y pinzamiento conjunto del ligamento redondo y el infundíbulo pélvico en caso de salpingooforectomía.

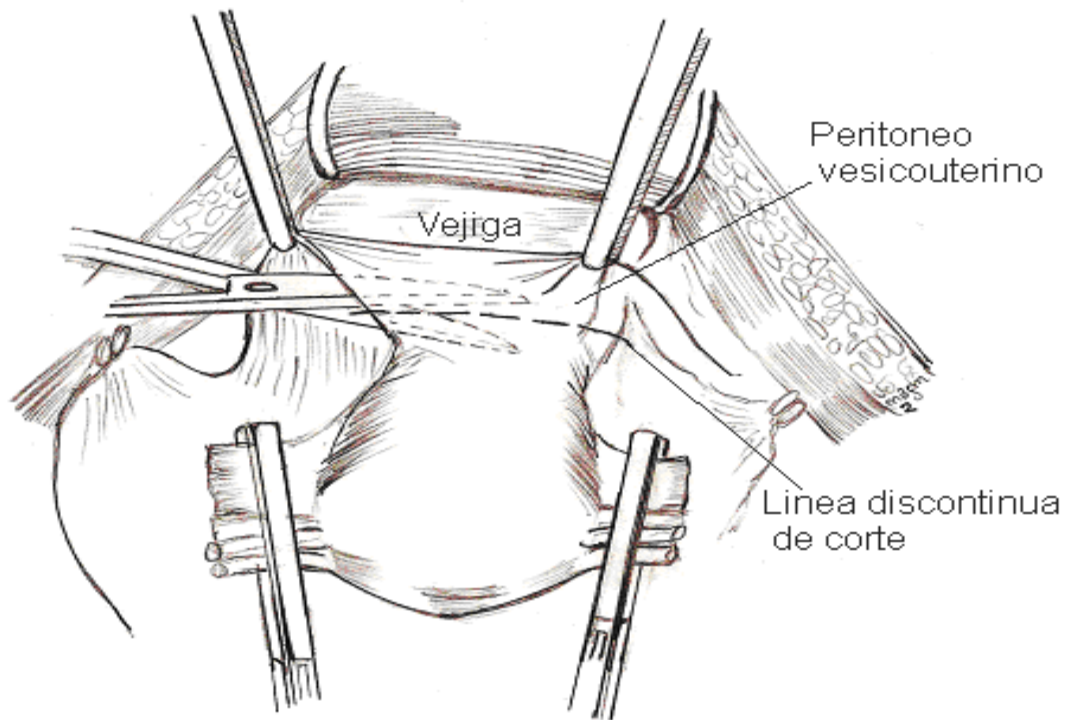


Figura 2. Corte de los infundíbulos pélvicos, manteniendo las pinzas Kocher que sirven para realizar tracción y hemostasia.

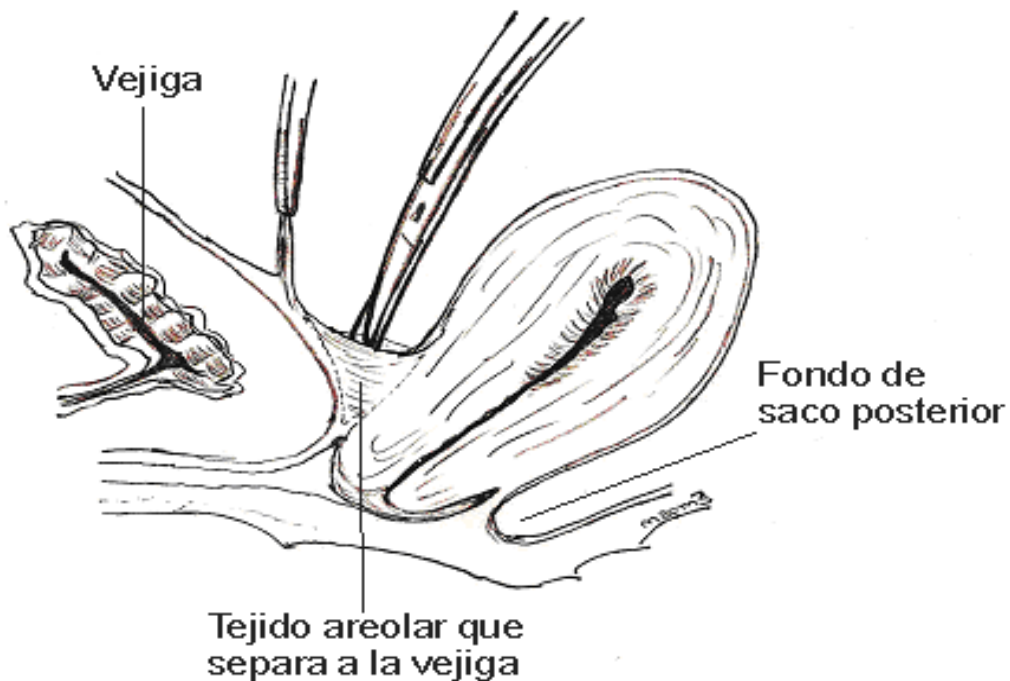


Figura 3. Disección fina de la hoja anterior del peritoneo visceral que cubre al útero con tijera Metzger.

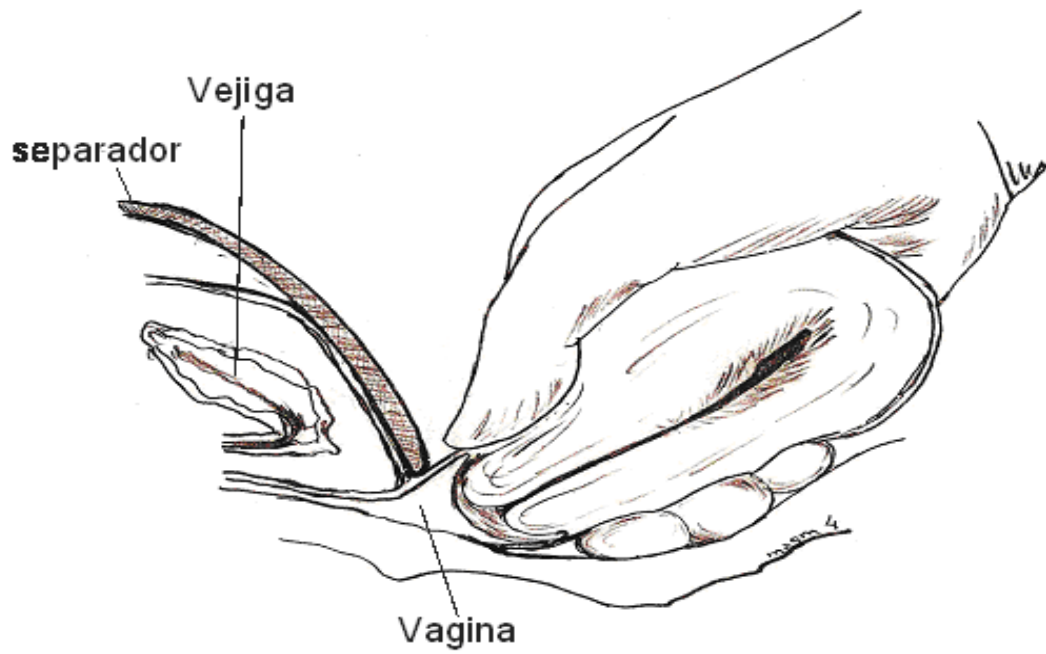


Figura 4. Rechazo de la vejiga y separación de la misma del cuello uterino.

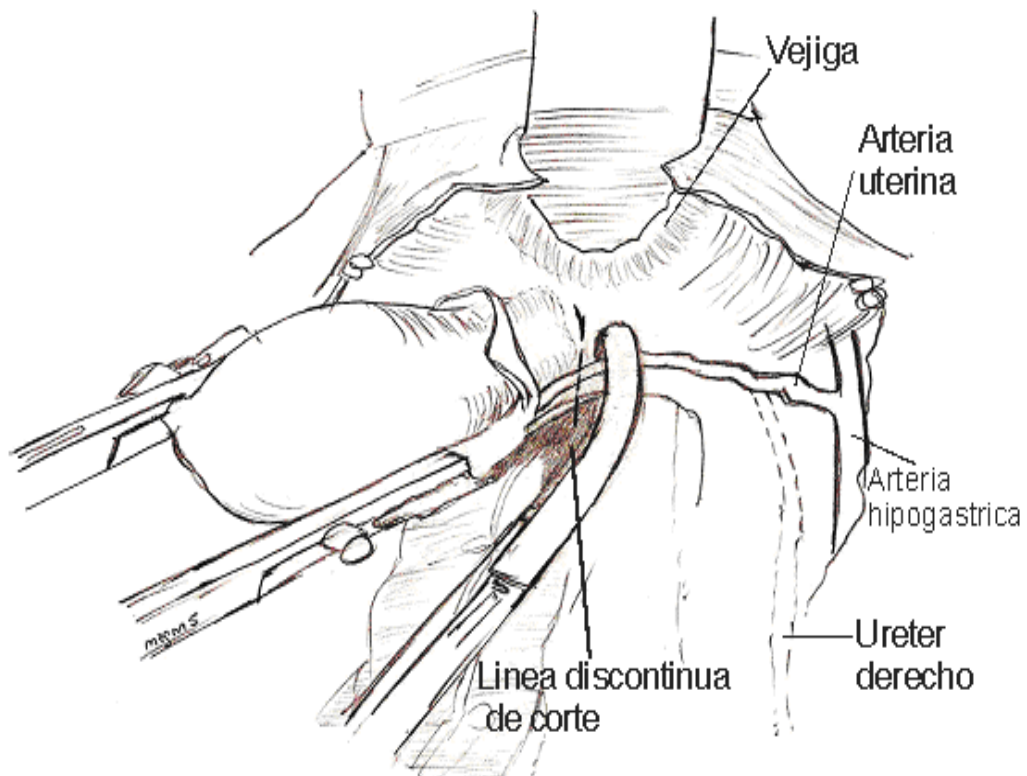


Figura 5. Pinzamiento en bloque la arteria uterina, el ligamento cardinal y el ángulo de la cúpula vaginal con la pinza Heaney.

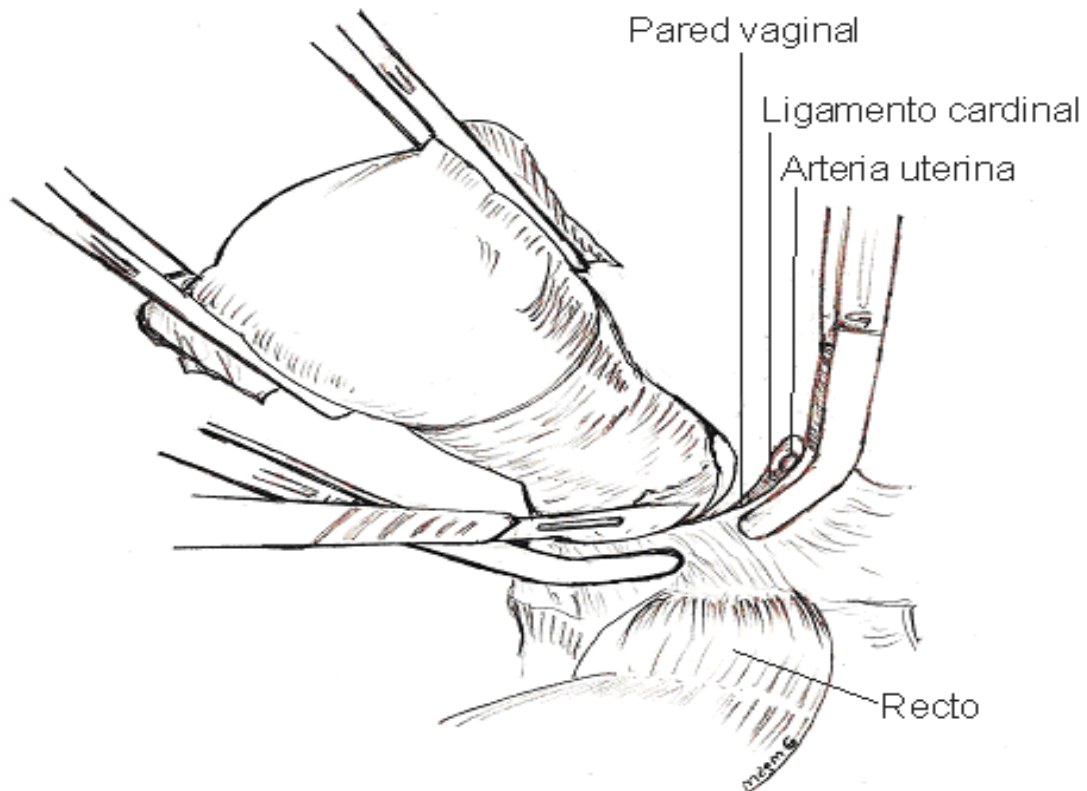


Figura 6. Exéresis del útero con bisturí frío en un solo paso.

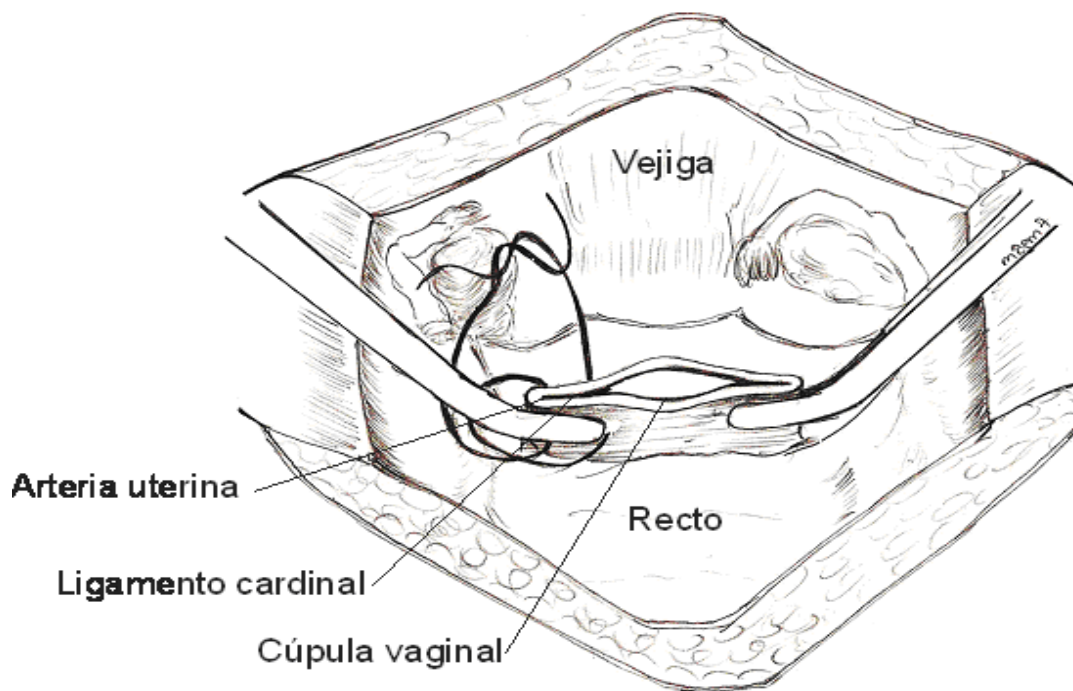


Figura 7. Sutura continua cruzada con Vicryl® 1/0 que se inicia en un lado con la ligadura de la arteria uterina, coge luego el ligamento cardinal, la cúpula vaginal y termina con la ligadura de la arteria uterina contralateral.

Se definió como complicación mayor a la presencia de cualquiera de las siguientes condiciones: hemorragia mayor, lesión vesical, lesión intestinal, lesión ureteral, lesión vascular mayor, evento con riesgo de muerte, laparotomía no prevista, hematoma mayor y/o muerte en pacientes operadas de Histerectomía Abdominal según la técnica simplificada o la técnica de Richardson; documentadas en la respectiva historia clínica.

Se consideró complicación menor a la presencia de cualquiera de las siguientes condiciones: hemorragia menor, hematoma menor, dehiscencia de herida operatoria, infección del sitio quirúrgico, infección de vías urinarias, infección de cúpula vaginal, absceso pélvico, morbilidad febril y/o reingreso hospitalario en pacientes operadas de Histerectomía Abdominal según la técnica simplificada o la técnica de Richardson; documentadas en la respectiva historia clínica.

La ocurrencia de algún tipo de complicación durante el acto operatorio, documentada en la historia clínica se consideró complicación intraoperatoria; mientras que la ocurrencia de algún tipo de complicación manifestada en los 30 primeros días postoperatorios se consideró complicación postoperatoria.

Se definió como hemorragia mayor al sangrado intra o postoperatorio que requirió de transfusión sanguínea, documentado en la historia clínica; y como hemorragia menor al sangrado intra o postoperatorio que no requirió de transfusión sanguínea, documentado en la historia clínica.

Se consideró evento con riesgo de muerte a la presencia de paro cardíaco o respiratorio, infarto de miocardio, embolia pulmonar, o shock anafiláctico intra o postoperatorio.

Se diagnosticó lesión vascular mayor cuando se laceró o seccionó la vena cava inferior o la aorta abdominal durante la cirugía.

El diagnóstico de infección de vías urinarias requirió la confirmación del respectivo urocultivo documentado en la historia clínica con un recuento de Unidades Formadoras de

Colonias mayor a 100 000.

Se definió como laparotomía no prevista a la necesidad de apertura de la cavidad para reparación de vísceras o vasos sanguíneos durante la misma hospitalización que no fue planeada y se relacionó con la histerectomía abdominal.

Se consideró hematoma mayor a la colección sanguínea que requirió drenaje quirúrgico y hematoma menor a aquella colección sanguínea pequeña que drenó espontáneamente, ambas documentadas en la historia clínica.

Se diagnosticó dehiscencia de herida operatoria cuando se separaron total o parcialmente los bordes de la herida operatoria e infección del sitio quirúrgico cuando se evidenció salida de pus de la incisión superficial., acompañada de la aparición de uno de los siguientes signos: dolor, tumefacción localizada, enrojecimiento o calor con o sin apertura deliberada de la herida, documentada en la historia clínica.

El registro de una temperatura corporal oral $\geq 38,0$ °C en el postoperatorio excluyendo las primeras 24 horas después de la operación se definió como morbilidad febril:

El tiempo operatorio se definió como el intervalo de tiempo expresado en minutos desde la incisión en la piel abdominal hasta la colocación del último punto.

Se consideró reingreso hospitalario a la readmisión al hospital entre el alta y el primer control postoperatorio a causa de algún problema relacionado a la histerectomía, documentada en la historia clínica.

En el análisis descriptivo para la edad y tiempo operatorio se determinó medidas de tendencia central (media aritmética y desviación estándar). Para la variable presencia de complicaciones, tanto para la técnica simplificada y la técnica de Richardson se calculó la tasa de incidencia. Para las restantes variables cualitativas: complicaciones mayores, complicaciones intraoperatorias, complicaciones postoperatorias, hemorragia mayor, hemorragia menor, lesión vesical, lesión intestinal, lesión ureteral, lesión vascular mayor,

evento con riesgo de muerte, laparotomía no prevista, hematoma mayor, hematoma menor, dehiscencia de herida operatoria, infección de vías urinarias, infección del sitio quirúrgico, infección de cúpula vaginal, absceso pélvico, morbilidad febril, reingreso hospitalario y muerte se determinará frecuencias y porcentajes.

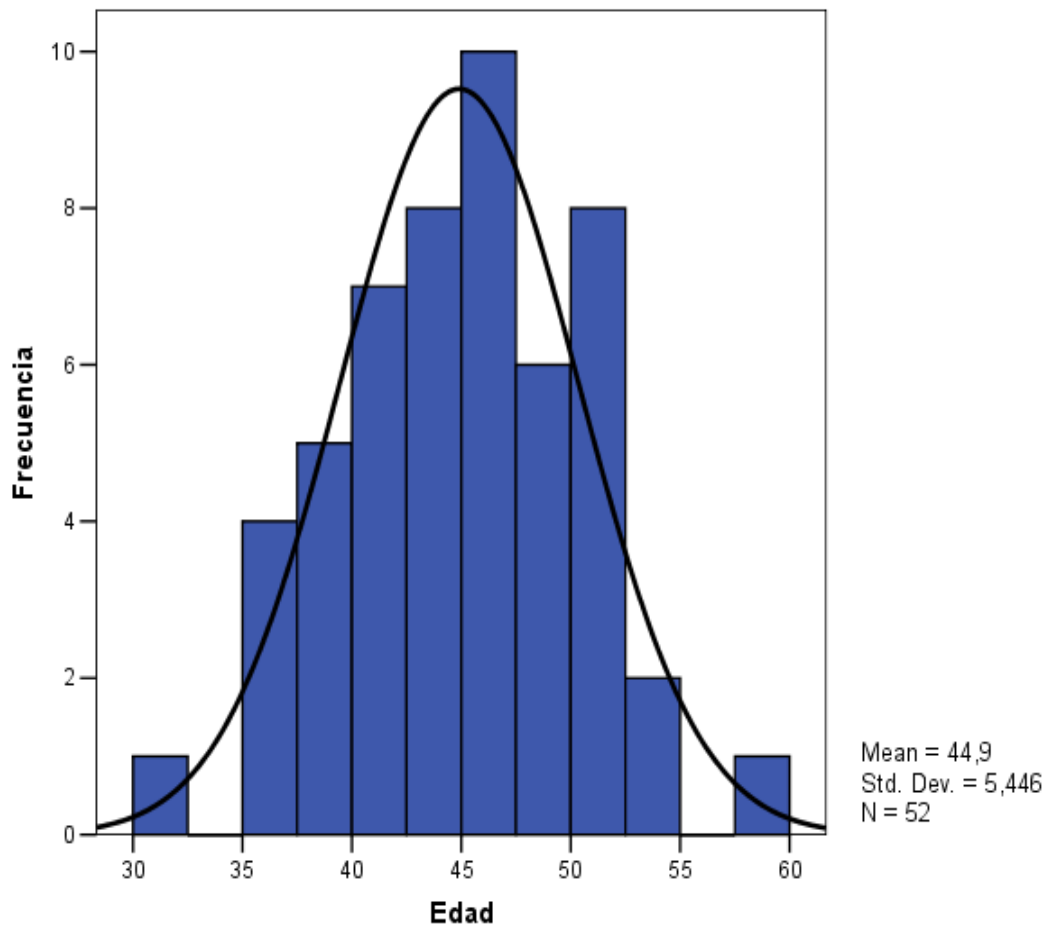
Para el análisis inferencial se determinó el grado de asociación de las técnicas quirúrgicas simplificada y de Richardson para la Histerectomía Abdominal con la presencia y tipo de complicaciones en pacientes sometidas a cirugía electiva. Las variables categóricas fueron comparadas con la prueba del *Chi cuadrado*, y las variables continuas con la Prueba *t de student*. Un valor $P \leq 0.05$ se consideró significativo.

Resultados

Figura 1

Distribución de la población de estudio según edad.

Febrero 2005 – mayo 2006



Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

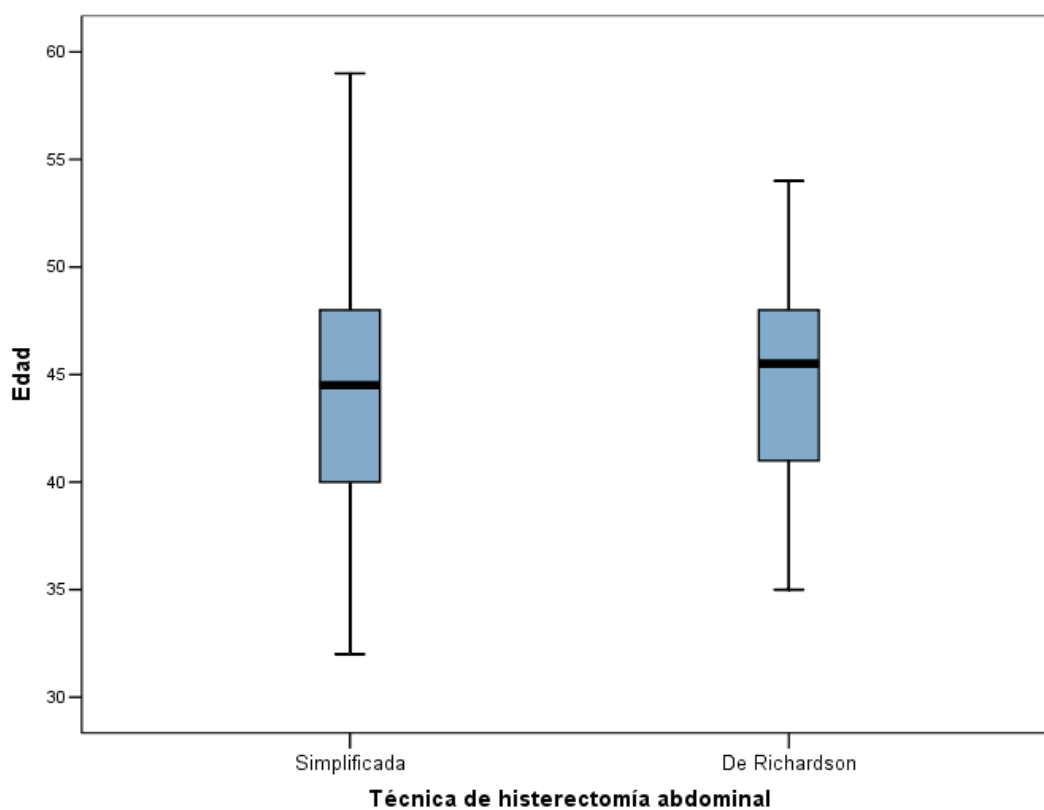
En el servicio de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima - Perú, entre el 01 de febrero del 2005 y el 31 de mayo del 2006, un total de 26 pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente de Histerectomía Abdominal con la técnica simplificada.

La edad del total de la población en estudio tuvo una distribución normal y varió entre los 32 y 59 años, con una media de 44,9 +/- 5,5 años (figura 1).

Figura 2

Gráfico de Cajas para determinar diferencias en la edad de las pacientes operadas de Histerectomía Abdominal según la técnica empleada.

Febrero 2005 – mayo 2006.



Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

No se observó diferencia estadísticamente significativa entre las edades de las pacientes operadas de Histerectomía Abdominal según la técnica simplificada y aquellas operadas según la técnica de Richardson (44,9 +/- 5,6 vs. 44,8 +/- 5,4 años; P = 0,940). Ver figura

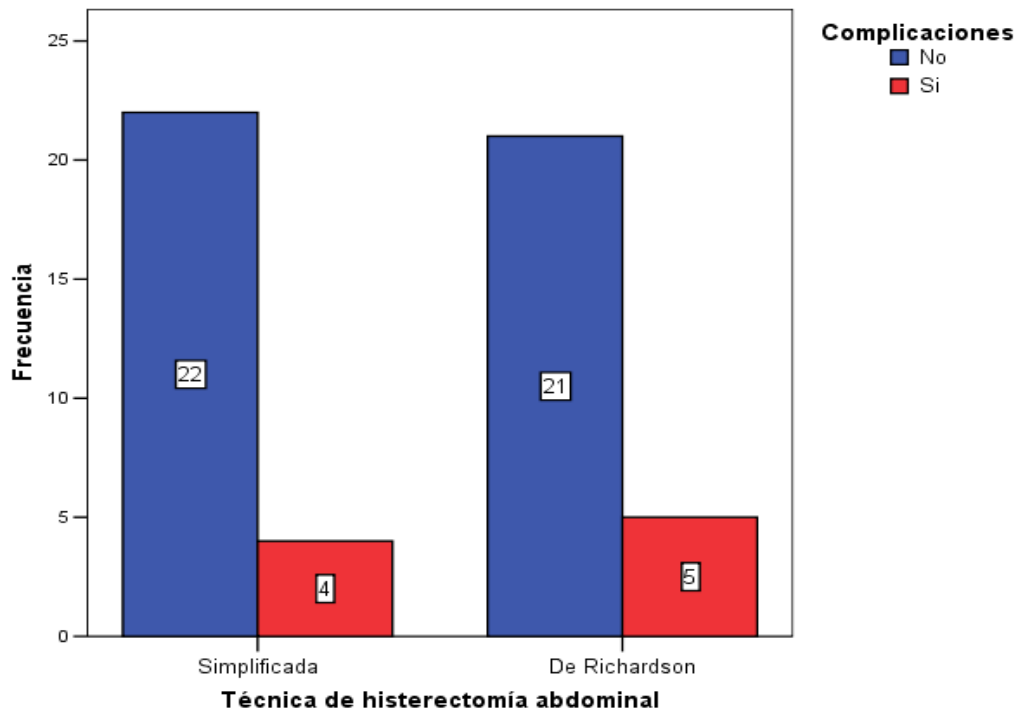
Tabla 1
Diagnósticos más frecuentes en pacientes operadas de Histerectomía
Abdominal según técnica utilizada. Febrero 2005 – mayo 2006

Diagnóstico	Técnica de Histerectomía				Total
	Abdominal				
	Simplificada		De Richardson		
	n	%	n	%	
Mioma uterino	17	32,7	23	44,2	40 (76,9)
Mioma cervical	1	1,9	0	0	1 (1,9)
Hiperplasia endometrial	3	5,8	2	3,8	5 (9,6)
Enfermedad trofoblástica gestacional persistente	1	1,9	0	0	1 (1,9)
Tumoración anexial	2	3,8	0	0	2 (3,8)
Dolor pélvico crónico	2	3,8	1	1,9	3 (5,8)

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

La tabla 1 muestra que el diagnóstico más frecuente que motivó una Histerectomía Abdominal, tanto con la técnica simplificada como con la de Richardson fue la presencia de miomas uterinos (76,9%), seguido por la hiperplasia endometrial (9,6%).

Figura 3
Complicaciones de la Histerectomía Abdominal según la técnica empleada. Febrero 2005 – mayo 2006.



Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

Se presentó complicaciones en el 17,3 % ($n = 9$) de pacientes operadas de Histerectomía Abdominal. No se evidenció diferencia estadísticamente significativa en la presentación de complicaciones entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson (7,1% vs. 8,9%; $P = 0,74$). Ver figura 3.

Tabla 2
Complicaciones más frecuentes en pacientes operadas de Histerectomía
Abdominal según técnica utilizada. Febrero 2005 – mayo 2006

Complicaciones	Técnica de Histerectomía				Total
	Abdominal		De Richardson		
	Simplificada		De Richardson		
	n	%	n	%	
Infección del sitio quirúrgico	2	3,8	2	3,8	4 (7,6)
Infección de vías urinarias	1	1,9	2	3,8	3 (5,8)
Infección de cúpula vaginal	1	1,9	0	0	1 (5,8)
Sepsis foco ginecológico + relaparotomía	0	0	1	1,9	1 (1,9)

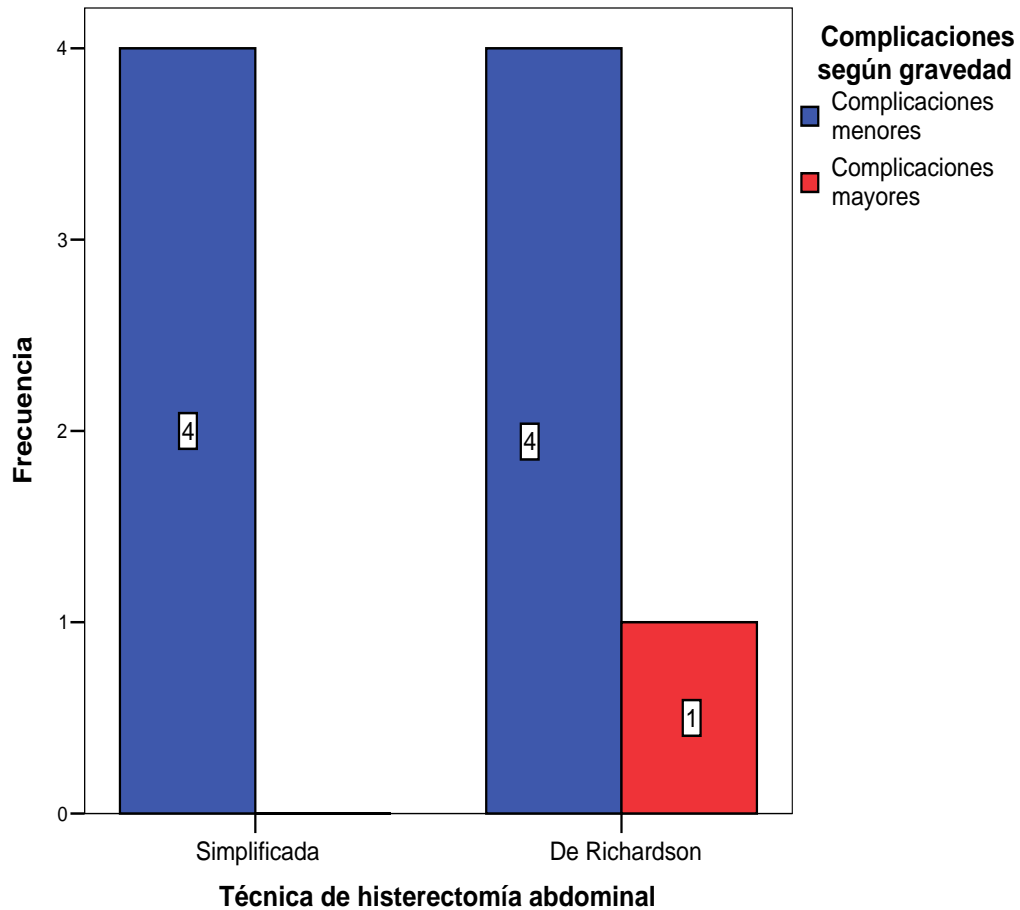
Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

La tabla 2 muestra que las complicaciones más frecuentes de la Histerectomía Abdominal fueron la infección del sitio quirúrgico (7,6 %) y la infección de las vías urinarias (5,8 %). No se observó diferencia estadísticamente significativa ($P = 0,52$) en la presentación de algún tipo de complicación entre las técnicas simplificada y de Richardson. Ningún paciente presentó más de una complicación.

No se registró complicaciones durante el intraoperatorio; todas ocurrieron en el postoperatorio. Al observar las complicaciones según gravedad se encontró que el 88,9 % ($n = 8$) fueron menores y solo el 11,1 % ($n = 1$) fueron mayores. La única complicación mayor correspondió a una paciente con sepsis a foco ginecológico que requirió relaparotomía.

Figura 4

Gravedad de las complicaciones de la Histerectomía Abdominal según la técnica empleada. Febrero 2005 – mayo 2006.

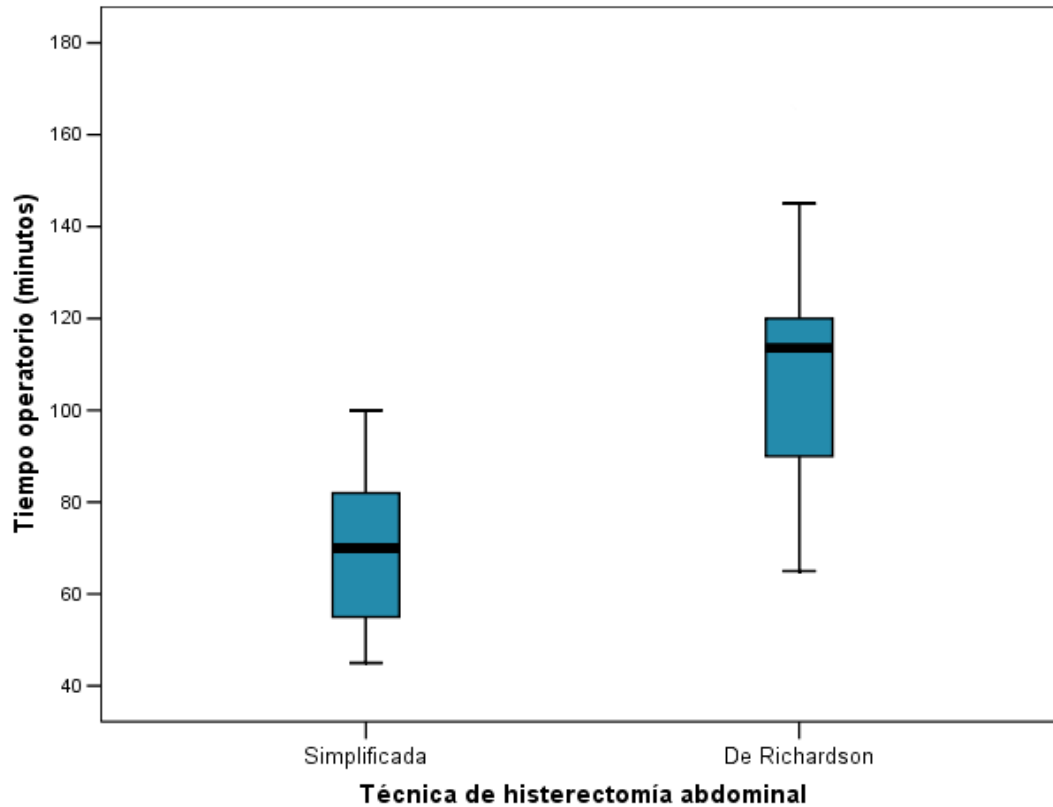


Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

No se registró ningún caso de hematoma menor, dehiscencia de herida operatoria, absceso pélvico, morbilidad febril, reingreso hospitalario y/o muerte.

Figura 5

Gráfico de Cajas para el tiempo operatorio de la Histerectomía Abdominal según la técnica empleada. Febrero 2005 – mayo 2006.

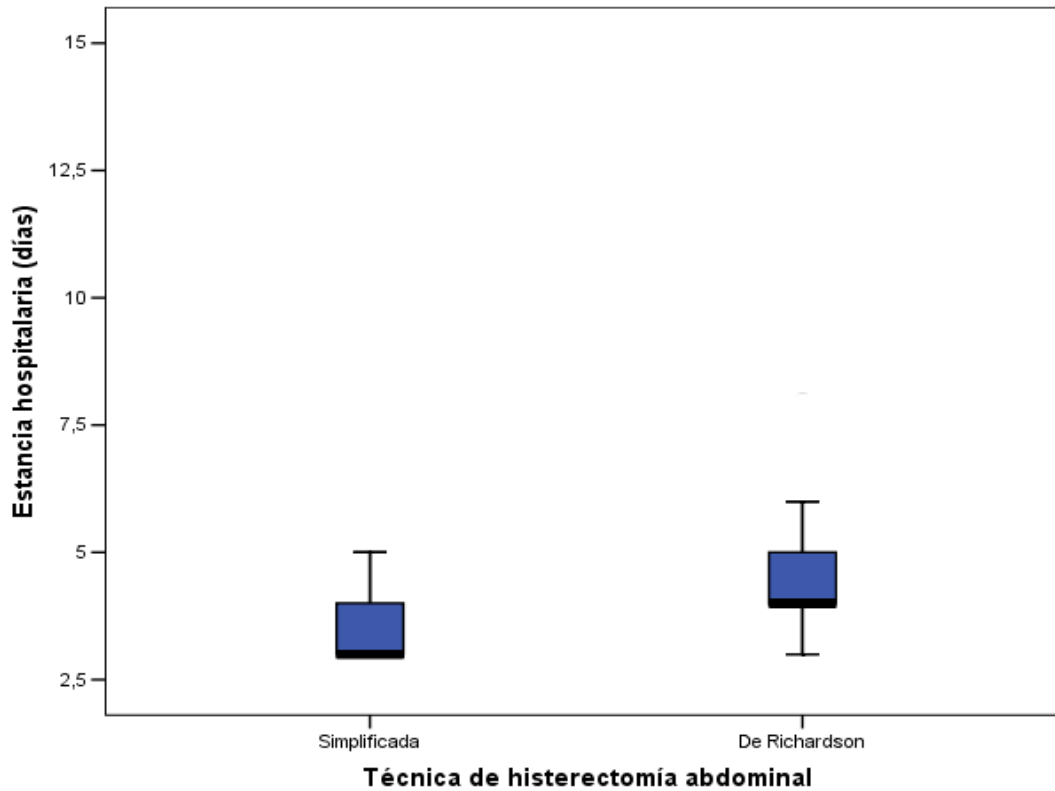


Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

El tiempo operatorio para el total de pacientes operadas de Histerectomía Abdominal varió entre 45 – 180 minutos, con una media de 90,2 +/- 29,6 minutos. Se observó diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo operatorio de la técnica simplificada y la técnica de Richardson (70,5 +/- 14,6 minutos *versus* 109,9 +/- 27,7 minutos; $P < 0,01$). Ver figura 5.

Figura 6

Gráfico de Cajas para estancia hospitalaria de la Histerectomía Abdominal según la técnica empleada. Febrero 2005 – mayo 2006.



Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal

La estancia hospitalaria de las pacientes con Histerectomía Abdominal varió entre 3 – 15 días, con una media de 4,3 +/- 1,9 días. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria de la técnica simplificada y la técnica de Richardson (3,6 +/- 0,8 días *versus* 4,9 +/- 2,6 minutos; $P < 0,05$). Ver figura 6.

No existió asociación significativa ($P = 0,33$) entre el tiempo operatorio y la presencia de complicaciones. Sin embargo; la estancia hospitalaria de las pacientes con Histerectomía Abdominal operadas según la técnica simplificada o la técnica de Richardson que presentaron complicaciones (6,4 +/- 3,4días) fue significativamente mayor ($P < 0,01$) que la estancia de las pacientes histerectomizadas sin complicaciones (3,8 +/- 1,1 días).

Discusión

Dado que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres y a pesar que se han venido modificando los abordajes para extraer el útero y los anexos tanto por vía vaginal como con ayuda laparoscópica, no siempre es posible este tipo de operación en todas las pacientes. Más aún en América Latina y el Perú la mayoría de histerectomías son realizadas por vía abdominal, lejos estamos de tener laparoscopios en todo el país y en las mismas instituciones de III y IV nivel los laparoscopios son escasos o no están en óptimas condiciones de uso. Además, existe escaso recurso humano capacitado en realizar histerectomías por vía laparoscópica y vaginal, por lo que tener una técnica quirúrgica más sencilla para la Histerectomía Abdominal será de gran acogida porque en toda especialidad quirúrgica. Se busca procedimientos que representen un gran avance y que ofrezcan tiempos operatorios cortos, menos dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y una recuperación más rápida.

Actualmente se propone realizar procedimientos quirúrgicos que disminuyan el trauma hístico y la manipulación visceral⁷. Surge así la idea de aplicar propuestas y modificaciones simplificando algunos “pasos” de la técnica de la Histerectomía Abdominal total convencional o de Richardson; nos referimos a la Histerectomía Abdominal simplificada.

Debido a la frecuencia de la histerectomía, como cirugía ginecológica, se asocia a complicaciones dependientes de la indicación y vía de abordaje. La controversia existente entre los defensores de las diferentes vías y técnicas, ha creado mayor confusión y dificultad para lograr conclusiones prácticas al respecto. Por ello, y debido a que la técnica simplificada para la Histerectomía Abdominal es relativamente nueva

en el país, se le comparó con la técnica Richardson, que es la que se realiza con mayor frecuencia en la institución y a nivel nacional, precisando que en la bibliografía revisada no se encontró ningún estudio nacional sobre la técnica simplificada.

La histerectomía es la cirugía ginecológica mayor más frecuente en el mundo ^{4,21}, 65% de ellas se realizan en el grupo de mujeres en edad reproductiva, alrededor de 30% en perimenopáusicas y el resto en mayores de 65 años ^{1,2}. Se confirmó esta tendencia, y la edad media (44,9 +/- 5,5 años) de las paciente intervenidas fue similar (43,1 años) a lo publicado Zuleta y Gómez²⁸ pero mayor (34,7 años) a lo reportado por Harris *et al* ^{17/29}.

Las características basales de los grupos son fueron muy similares como también las indicaciones de las cirugías de tal manera que estas no han podido influir en los resultados. Adicionalmente, todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico, con lo cual se logra una adecuada comparación de los resultados que dependen del cirujano.

Se confirmó que el diagnóstico más frecuente para la indicación de Histerectomía Abdominal en mujeres de 35 - 54 años es la presencia de miomas uterinos^{18, 21}. Estos tumores son benignos y el peligro de malignización es menor al 1%.

Asimismo, se ha reportado que con la Histerectomía Abdominal realiza conjuntamente ooforectomía en el 76% de casos, con mayor frecuencia entre los 45 - 54 años¹⁸.

También se confirmó que la hiperplasia endometrial es una indicación frecuente de histerectomía; principalmente cuando presenta atipia celular, considerada un precursor de carcinoma endometrial¹⁵. Las frecuencias de las demás indicaciones reportadas son consistentes con lo reportado en la literatura²¹.

Las complicaciones que aparecen asociadas a la histerectomía abdominal son de dos tipos: las propias de la cirugía abdominal (infecciones, tromboembolias, etc.) y las propias del procedimiento³. Aquí hay que distinguir las lesiones a órganos vecinos,

principalmente intestino (0,3%); vejiga y recto (0,3%), siendo de especial importancia las que afectan a los uréteres (0,2%), por su cercanía a la arteria uterina^{3, 9,10}. Estas estructuras tienen mayor riesgo de lesión durante la cirugía por su cercanía a las líneas de incisión, clampaje y sutura⁹. Asimismo, la magnitud del riesgo está influenciada por diferentes variables que incluyen la edad y el estado general de la paciente, las indicaciones de la cirugía, la urgencia del procedimiento, la experiencia y entrenamiento del cirujano, y la vía de abordaje quirúrgico²⁷.

Se confirmó como complicaciones más frecuentes a las infecciones postoperatorias, principalmente las del sitio quirúrgico y de las vías urinarias, lo que se explica por la contaminación de la cavidad peritoneal con flora bacteriana de la parte superior de la vagina durante su apertura. Cabe mencionar también que el riesgo de presentarlas son inherentes al procedimiento y muy probablemente independientes de la técnica empleada y su proporción es similar a lo reportado en series grandes de la literatura^{28, 30}. El porcentaje de cirugía mayor no prevista o relaparotomía fue 1,9% y es similar a lo publicado por otros autores^{2, 27,31}.

El tiempo operatorio y la estancia hospitalaria significativamente menores con la técnica simplificada para Histerectomía Abdominal es similar lo reportado por Harris *et al*²³ y Zuleta y Gómez³² quienes también simplificaron algunos pasos de la técnica convencional de Richardson.

La Histerectomía Abdominal seguirá siendo frecuente en un futuro previsible y la técnica simplificada podría facilitar el procedimiento. Según parece, la técnica es sencilla de aplicar, segura, con menor tiempo operatorio y menor estancia hospitalaria. Por lo tanto, se sugiere someterla al rigor metodológico del ensayo clínico con asignación randomizada y controlada a fin de eliminar sesgos de selección o seguimiento.

Referencias bibliográficas

1. Weber A, Walters M, Shover L, Church J, Piedmonte M. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 530 - 5.
2. Carlson K, Miller B, Fowler F Jr. The Main Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 556 - 65.
3. Mc Donald T. Histerectomía. Indicaciones, tipos y alternativas. En Copeland L, Jarrel J eds. Ginecología. 2 da. Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina; 2002.
4. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 213 - 16.
5. Weber A, Walters M, Shover L, Church J, Piedmonte M. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 530 - 5.
6. Carlson K, Nichol D, Schiff I. Indications for Hysterectomy. *N Engl J Med* 1993; 328: 856 - 60.
7. Grosdemouge I, Bleret-Mattart V, von Theobald P, Dreyfus M. Complications of vaginal Hysterectomy on non prolapsed uterus. *J Ginecol Obstet Biol Reprod* (Paris) 2000; 29: 478 - 84.
8. Farquhar C, Steiner C. Hysterectomy rates in the United States 1990– 1997. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 229 – 34.
9. Davies A, Hart R, Magos A, Hadad E, Morris R Hysterectomy: surgical route and complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104: 148 – 151.
10. Manyonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Current Obstet Gynecol* 2003; 13: 159 – 65.
11. Dominguez N. Histerectomía total versus subtotal. *Toko-Gin Pract*, 2002; 61: 221 – 32.

12. Lethaby A; Ivanova V; Johnson N. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2 (CD 004993)
13. Campbell E, Xiao H, Smith M. Types of hysterectomy: comparison of characteristics, hospital costs, utilization and outcome. *J Reprod Med* 2003; 48: 943 – 9.
14. Brölmann H, Vervest H, Heinmann M. Declining trend in major gynaecological surgery in The Netherlands during 1991–1998. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 743 – 8.
15. Baskett T, Skedgell C, Pennock M. Hysterectomy trends in Nova Scotia: 1992–2000. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24: 662.
16. Hirsch H, Käser O, Iklé F. Atlas de Cirugía Ginecológica. Quinta edición. MARBAN LIBROS. Madrid – España; 2000.
17. Graves E. National Hospital discharge survey: annual summary, 1990 - National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat Series* 1992; 13: 112.
18. Lepine L, Hillis S, Marchbanks P, *et al.* Hysterectomy surveillance-United States. 1980 - 1993. *MMWR Surveillance Summaries*. 1997; 46(S-4):1 - 15.
19. Kozak L, Lawrence L. National Hospital Discharge Survey: annual summary, 1997. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1999; 13: 144.
20. Povkras R, Hufnagel V. Hysterectomy in the United States, 1964 - 84. *Am J Public Health* 1988, 78: 852.
21. Davies A, Magos A. The hysterectomy lottery. *J Obstet Gynaecol* 2001; 21: 166 – 70.
22. Torres A. Cáncer del cérvix. Algunas consideraciones de la cirugía radical. *Cir ciruj* 2003; 70: 183 – 7.

23. Fondrinier E, Rodier J, Morice P, *et. al.* Surgical treatment for endometrial carcinoma: first approaches. Review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 456 – 64.
24. Truong P, Kader H, Lacy B, *et al.* The effects of age and comorbidity on treatment and outcomes in women with endometrial cancer. *Am J Clin Oncol* 2005, 28: 157 – 64.
25. Clark T, Neelakantan D, Gupta J The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 125: 259 – 64.
26. hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 383 – 91.
27. López-Olmos J. Complicaciones en las histerectomías abdominales. Estudio sobre una serie de 315 casos. *Toko-Gin Pract*, 2002; 61: 142 - 51.
28. Dicker R, Greenspan J, Strauss L, *et al.* Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 841 - 8.
29. Dominguez N. Histerectomía total versus subtotal. *Toko-Gin Pract*, 2002; 61: 221 – 32.
30. Harris W. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 795 - 805.
31. Harris W, Adams W, Harvill L. Complication Rates for Abdominal Hysterectomy Using Minilaparotomy Technique. *J Pelvic Surg* 2001; 7: 261 - 5.
32. Zuleta J, Gómez J. Comparación entre la técnica de Richardson y la técnica con elevador uterino de Boyle para la Histerectomía Abdominal: ECC. *Rev Col Obstet Ginecol* 2005; 56: 199 – 208.