

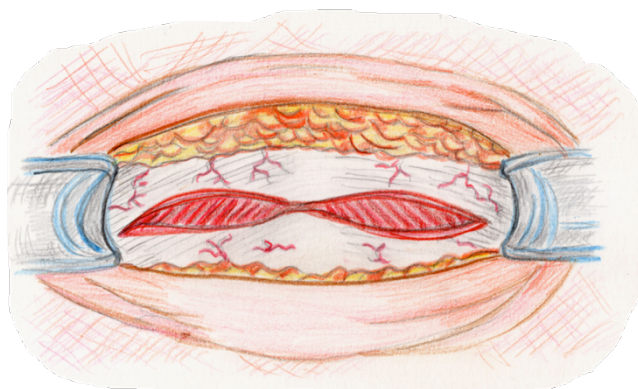


HISTERECTOMÍA TOTAL: TÉCNICA QUIRÚRGICA

En este vídeo vamos a explicar únicamente la técnica quirúrgica de la histerectomía abdominal... en otro vídeo encontraréis los tipos de histerectomía, (total vs. subtotal) y las distintas vías de abordaje.

APERTURA DE LA PARED ABDOMINAL

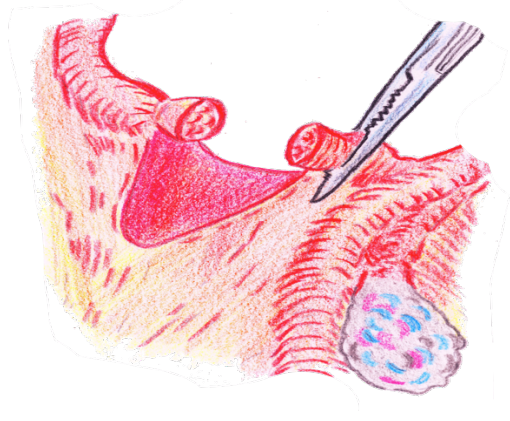
Se coloca la paciente en posición supina o en litotomía modificada, que puede facilitar la colaboración de un segundo ayudante si se prevé una cirugía compleja. Se recomienda realizar una exploración previa a iniciar la cirugía para valorar el tamaño del útero, la movilidad uterina, y reconsiderar el tipo de incisión: Phannenstiel vs laparotomía media.



Se recomienda sondar a la paciente y administrar antibioterapia 30 minutos antes de comenzar la cirugía, (x ej 2gr de Cefazolina).

Tras la incisión de la piel y tejido subcutáneo, se diseca la fascia aponeurótica y se abre el peritoneo parietal. Dedicaremos el tiempo necesario para conseguir un adecuado campo quirúrgico... nosotros solemos colocar un paño quirúrgico para rechazar las asas intestinales. Después se colocan retractores autoestáticos (en este caso tipo Ricard).

Para traccionar y movilizar el útero, puede utilizarse un “histerolabo”, (que es la opción preferible, sobre todo en úteros pequeños), o un “sacacorchos” como en este caso. El sacacorchos puede generar algo de sangrado y debemos tener cuidado, sobre todo en caso de adherencias posteriores, de no pasar al otro lado y lesionar algún órgano.



LIGAMENTOS REDONDOS

Una vez expuesta la pelvis, se identifican los ligamentos redondos bilateralmente, que se extienden desde los cuernos uterinos hasta el canal inguinal. Se claman, seccionan y ligan con suturas absorbibles (como Vicryl 0 o 1).

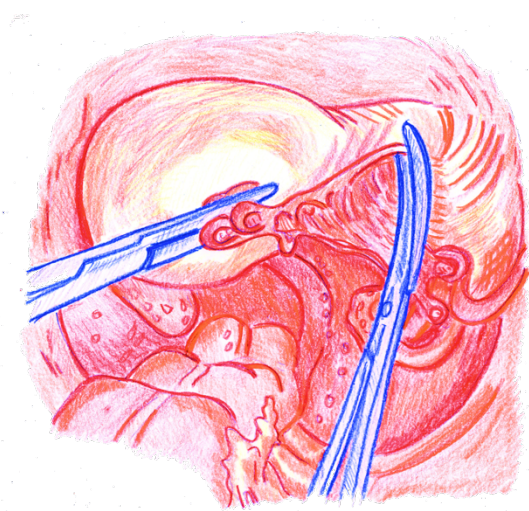
El segundo asistente tracciona del útero hacia lateral y hacia craneal. Se forma un triángulo, formado cranealmente por el ligamento redondo, lateralmente por los vasos ilíacos y medialmente por la vena anexial. El cirujano debe seccionar el ligamento redondo en el centro del triángulo. De esta forma, se mantiene alejado de la vena anexial, limitando así los riesgos de sangrado. Ocasionalmente se puede notar la presencia de una pequeña arteria que discurre por detrás del ligamento.



En cirugías complejas en las que la anatomía esté desdibujada, (endometriosis, miomas grandes, cirugía oncológica...), puede ser útil visualizar el recorrido de los úteres antes de seguir con la histerectomía. Describiremos la anatomía del uréter en un vídeo aparte.

PLICA VESICOUTERINA

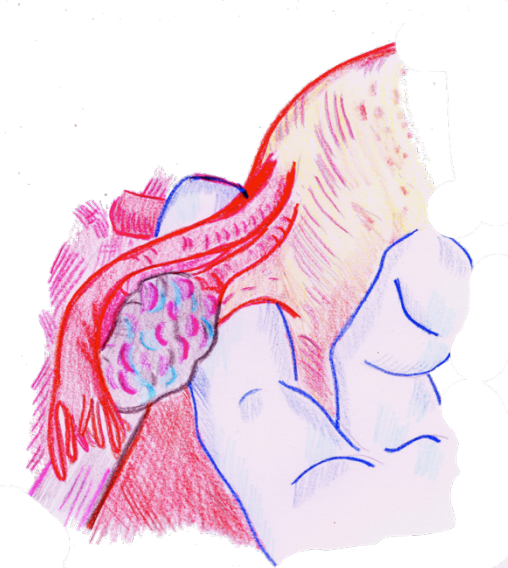
El útero es empujado por el ayudante en dirección cefálica y ligeramente hacia posterior. El primer asistente. Se incide el peritoneo vesicouterino (plica vesicouterina) para rechazar la vejiga hacia abajo. Usando tijeras de Metzenbaum y disección roma con gasa, se separa la vejiga del cérvix uterino, exponiendo el espacio vesicouterino. Este paso puede ser complicado en pacientes con una o varias cesáreas anteriores, ya que la vejiga puede estar adherida al cuerpo uterino, por lo que realizaremos la disección con más cuidado en estos casos.



ANEJOS

La manejo de los anejos varía según la indicación:

- **Histerectomía conservando anejos:** Se preservan ovarios y trompas. Se claman, seccionan y ligan los ligamentos útero-ováricos y las trompas cerca del útero, manteniendo la vascularización ovárica intacta. Indicado en mujeres premenopáusicas sin patología ovárica para evitar menopausia quirúrgica.
- **Histerectomía con salpingectomía:** Se extirpan las trompas (salpingectomía bilateral) para reducir el riesgo de cáncer ovárico de origen tubárico, preservando ovarios. Se clampa y liga el meso-ovario y el meso-salpinx, seccionando las trompas. Recomendado en guías actuales por su beneficio profiláctico. Sin embargo, en algunos casos de úteros muy grandes o adherencias, la salpinguectomía puede comprometer la vascularización ovárica y puede optarse por no realizarla.
- **Histerectomía + anexectomía (salpingo-ooforectomía bilateral):** Se extirpan ovarios y trompas junto al útero. Se claman y ligan los ligamentos infundibulopélvicos (que contienen vasos ováricos), identificando primero los uréteres para evitar lesiones. Como explicamos en el vídeo de “Histerectomía abdominal”, está indicado en pacientes de más de 65 años, o antes si hay patología ovárica o historia familiar de cáncer de ovario.





ARTERIA UTERINA

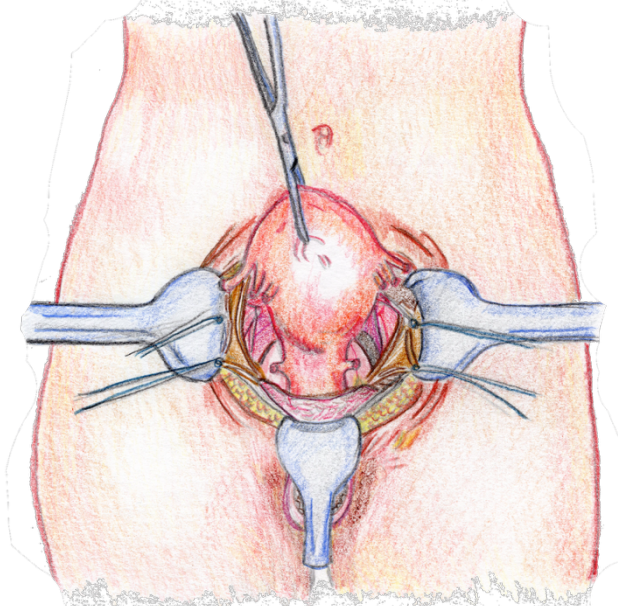
Se procede al clampaje, sección y ligadura de las arterias uterinas a nivel del istmo uterino. Este paso debe realizarse con especial cuidado, ya que es el que potencialmente puede sangrar más.



A la hora de preparar el parametrio que rodea a la arteria uterina, antes de su coagulación y sección, es recomendable no acercarnos demasiado al útero. Es habitual, siendo cirujanos inexpertos, que queramos alejarnos de la pared pélvica para no dañar ninguna estructura; sin embargo, en úteros muy vascularizados esto puede conllevar un sangrado difícil de cohibir.

Al finalizar la preparación de los dos pedículos uterinos derecho e izquierdo, los uréteres están por lo menos 4 cm distales a la rama ascendente de la arteria uterina, donde se logra la hemostasia.

Es importante que coagulemos y seccionemos la arteria uterina de la forma más transversal posible, ya que si hacemos un corte tangencial aumentaremos su calibre y es más fácil que sangre. Además, hay que recordar que una buena tracción hacia caudal y hacia lateral del útero, por parte del segundo ayudante, aleja el uréter y minimiza las probabilidades de lesionarlo.



En ocasiones, el lado contralateral al cirujano puede resultar de difícil acceso. Si esto ocurre, es adecuado que la coagulación y sección de la arteria uterina contralateral la realice el ayudante.

En úteros voluminosos, para minimizar el sangrado, podríamos realizar un clampaje de la arteria uterina en su origen. Esta maniobra requiere algo más de experiencia.

PERITONEO POSTERIOR Y LIGAMENTOS UTEROSACROS

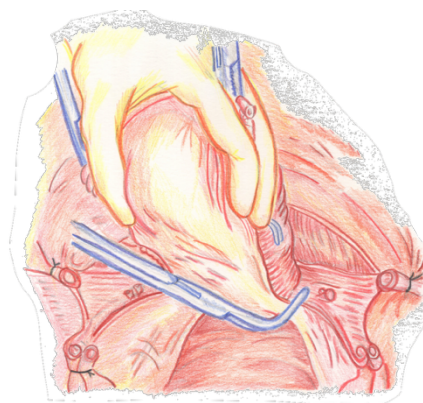
Se incide el peritoneo posterior para exponer los ligamentos útero-sacos, que se claman, seccionan y ligan. Se explican las ventajas y desventajas de cada tipo de histerectomía en el vídeo de "Histerectomía Abdominal".

- **Histerectomía subtotal (supra-cervical):** Se amputa el cuerpo uterino por encima del cérvix, preservando este último.
- **Histerectomía total intra-fascial:** Se extirpan el útero y cérvix dentro de la fascia pubocervical, preservando tejido fascial para mejorar el soporte de la cúpula vaginal. Esta técnica minimiza disección parametrial.
- **Histerectomía total extra-fascial:** Se extirpa útero y cérvix fuera de la fascia, extirpando más tejido parametrial. En la histerectomía total extrafascial se continúa con la disección parametrial.



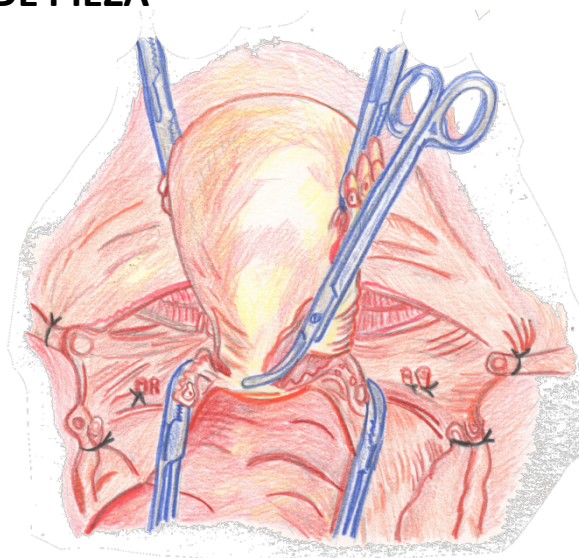
PARAMETRIOS

En histerectomías totales, se disecan los parametrios (tejido conectivo lateral al cérvix). En úteros voluminosos o cérvix elongados puede ser necesario realizar este paso en varias etapas: primero el ligamento cardinal superior, luego medio e inferior.



ENTRADA EN VAGINA Y EXTRACCIÓN DE PIEZA

Se entra en la vagina anterior y posteriormente, realizando una circunferencia alrededor del cérvix. Se usa bisturí o tijeras para amputar el útero del manguito vaginal. Se verifica hemostasia en el manguito vaginal.



COLPORRAFIA

El manguito vaginal se puede cerrar con:

- Puntos sueltos
- Corona
- Sutura continua

Algunos autores recomiendan la reperitonización para cubrir el manguito y reducir adherencias o hematomas.

CIERRE DE PARED ABDOMINAL

Se retiran el paño quirúrgico y los retractores, verificando previamente la hemostasia. El cierre del peritoneo es opcional. La fascia se cierra con sutura continua o interrumpida y la piel con grapas o sutura subcutánea.

Puede dejarse un drenaje si hay riesgo de hematoma.

