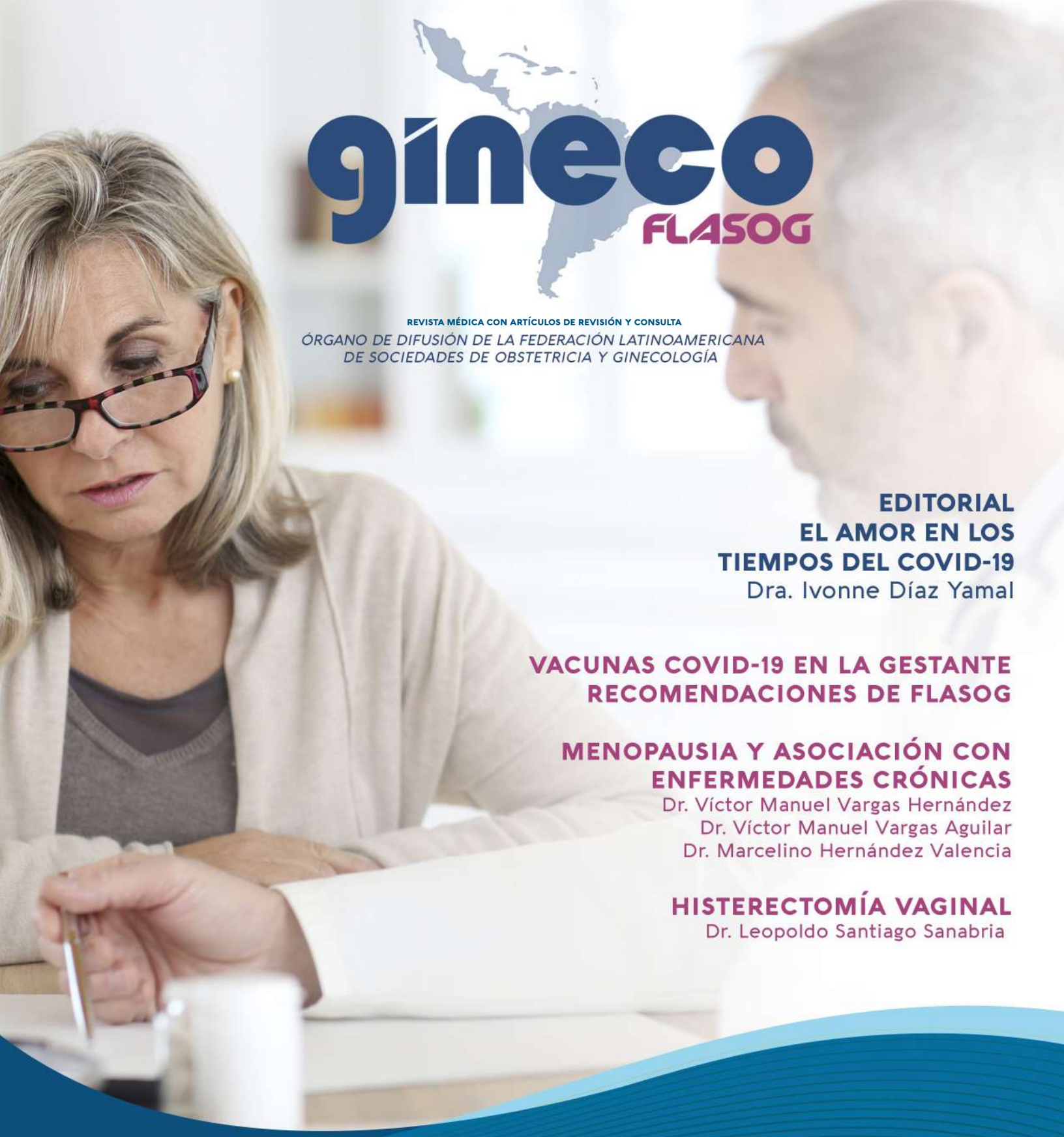


gineco FLASOG

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

EDITORIAL
EL AMOR EN LOS TIEMPOS DEL COVID-19
Dra. Ivonne Díaz Yamal

VACUNAS COVID-19 EN LA GESTANTE RECOMENDACIONES DE FLASOG

MENOPAUSIA Y ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar
Dr. Marcelino Hernández Valencia

HISTERECTOMÍA VAGINAL
Dr. Leopoldo Santiago Sanabria

Revista oficial FLASOG

/@FLASOG
www.flasog.org

Julio
No. 21 - Año 2021

FLASOG

VISITA NUESTRO SITIO WEB

Actualizado diariamente con artículos y protocolos de las instituciones más prestigiosas de Latinoamérica y el mundo.

www.flasog.org

/@FLASOG

ALIANZA FLASOG

PONEMOS TU MARCA DONDE DEBE VERSE

ESCRÍBENOS A
alianza@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

FLASOG

DR. NÉSTOR GARELLO
Presidente

DR. MIGUEL RUOTI COSP
Vicepresidente

DR. MIGUEL A. MANCERA RESÉNDIZ
Secretario

DR. CUAUHTÉMOC CELIS GONZÁLEZ
Tesorero

DR. LUIS HERNÁNDEZ GUZMÁN
Presidente Electo

DR. EDGAR IVÁN ORTIZ LISCANO
Past President

DRA. FLORY MORERA
Directora Científica

DR. JOSÉ DE GRACIA
Director Administrativo

DR. MIGUEL GUTIÉRREZ
Director Ejecutivo

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

gineco FLASOG

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CONTENIDO

EDITORIAL pg.5
EL AMOR EN LOS TIEMPOS DEL COVID-19
Dra. Ivonne Díaz Yamal

VACUNAS COVID-19 EN LA GESTANTE RECOMENDACIONES DE FLASOG pg.6

MENOPAUSIA Y ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS pg.9
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández*,
Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar**,
Dr. Marcelino Hernández Valencia***

HISTERECTOMÍA VAGINAL pg.17
Dr. Leopoldo Santiago Sanabria

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de Latinoamérica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.

Iddeas creative mkt.

EDITOR
Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

EDITOR ASOCIADO
Dr. Néstor Garello (Argentina)
Dr. Ariel Marrufo Soda (México)
Dr. Samuel Karchmer K. (México)

CONSEJO CONSULTIVO EDITORIAL
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (México)
Dr. Emilio Valerio Castro (México)
Dra. Wendy Cárcamo (Honduras)
Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri (Colombia)
Dra. Blanca Lilia Fretes (Paraguay)

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Paulo Meade Treviño (México)
Dra. Desiree Mostajo Flores (Bolivia)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas (Colombia)
Dra. Mercedes Pérez (Venezuela)
Dr. Dalton Ávila Gamboa (Ecuador)
Dra. Ivonne Díaz Yamal (Colombia)
Dr. Alfredo Célis López (Perú)
Dr. Gustavo Ferreiro Delgado (Uruguay)
Dra. Viridiana Gorbea Chávez (México)
Dr. Claudio Sosa (Uruguay)
Dr. Samuel Seiref (Argentina)
Dr. Rodrigo Zamora (México)
Dr. Edgar Iván Ortíz (Colombia)

Coordinador gráfico
Lic. Oskar Magaña

Diseñadora editorial
Lic. Ximena Miranda

Coordinadora editorial
Lic. Teresa Suárez

El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstretas latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo editorial@flasog.org

EL AMOR EN LOS TIEMPOS DEL COVID-19

Dra. Ivonne Díaz Yamal
MD FACOG

- Ginecóloga y obstetra, especialista en Reproducción Humana y Endocrinología Ginecológica Universidad René Descartes París Francia.
- Profesora titular Universidad Militar Nueva Granada.
- Jefe Departamento de Ginecología Obstetricia y Reproducción Humana Hospital Militar Central Bogotá Colombia.
- Directora Científica Unidad de Fertilidad Procreación Medicamente Asistida de la Clínica de Marly.
- Past-president de la Federación Colombiana de Sociedades en Obstetricia y Ginecología .FECOLSOG
- Coordinadora del Comité de Medicina Reproductiva, Endocrinología e Infertilidad de FIGO.

Para remontarnos a la novela escrita por nuestro Premio Nóbel Gabriel García Márquez publicada en 1985 titulada "El amor en los tiempos del cólera", la cual es una novela en la que el amor supera todos los contratiempos, es para mí una inspiración para el título de este editorial.

El COVID como lo hemos podido sentir en toda la humanidad, fuera de la afectación de vidas, de la crisis económica mundial, lo que más considero que se ha visto afectado, es el amor.

Amor, palabra que nos acompaña a cada instante, que llena nuestras vidas y como ginecólogos que somos, podemos con nuestra profesión ver nacer su significado.

¿Cómo se ha afectado el amor con el COVID? es una pregunta a la cual inmediatamente llegan a mi recuerdo varias evidencias vividas en este periodo. Alrededor del 40% de los tratamientos de técnicas en reproducción asistida se han dejado de realizar según la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, afectando el deseo de ser padres a muchas parejas y no permitiendo que esa palabra pudiera manifestarse en lo más sublime de la vida que es la gestación.

En mayo del 2020 realizamos una publicación con el Comité de Medicina Reproductiva, Endocrinología e Infertilidad de FIGO sobre el paradigma que el COVID producía en las parejas con deseo de fertilidad; en esa época las recomendaciones a nivel de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) y la Sociedad Europea de Reproducción Humana (ESHRE) señalaban que solo se podían llevar a cabo procedimientos en aquellas mujeres con deseo de preservación de la fertilidad, realizar transferencias embrionarias diferidas y solo llevar a aspiraciones foliculares aquellas pacientes con disminución de la reserva ovárica. (International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume 150, Issue 2 p. 139-140).

El amor está presente en todos instantes de nuestras vidas, desde que nacemos y vamos transcurriendo durante la vida, cada una con sus diferentes éxitos o fracasos, pero el COVID se ha encargado de cambiar sus vivencias de una u otra forma.

El amor en los tiempos del COVID, a pesar de todo, sigue; ya que hace parte de nuestra esencia como seres humanos, no es posible considerar la vida sin amor. Hemos podido con los protocolos ya instaurados, ofrecer con seguridad a las parejas el deseo sublime de ser padres; las madres han podido vivir el amor de la lactancia y también los eventos han vuelto a vivirse con amor.

Sin embargo, hay un acto sublime de amor que el COVID ha ganado su terreno sobre este y es el momento de la muerte. Podemos imaginar la muerte como ese instante de separación de los seres queridos, que desafortunadamente esa despedida ahora trascurre en la soledad, lejos de los que ama o amó, pero con la certeza que habrá un futuro reencuentro, donde el amor podrá nuevamente florecer y vencer.

Es sencillamente un hecho real lo que ahora vivimos en esta pandemia, pero que se asemeja de alguna manera a un realismo mágico de las novelas de Gabriel García Márquez donde no podemos creer que todo lo que narra realmente pueda suceder.

VACUNAS COVID-19 EN LA GESTANTE
RECOMENDACIONES DE FLASOG

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), institución científica afiliada a la FIGO, Federación Mundial de Ginecología y Obstetricia con sede en Londres, y constituida por médicos y médicas gineco-obstetras de todos los países de América Latina y el Caribe, que vela por la salud de las mujeres, en relación al uso de las vacunas en la gestante declara lo siguiente:

Que el impacto de la crisis sanitaria mundial por la pandemia por COVID 19, ha sido muy perjudicial para la salud sexual y reproductiva, y su expresión más evidente es la mortalidad materna.

Que, en la actualidad, no solamente se ha detenido el descenso de las muertes maternas en América Latina y el Caribe, sino que se reporta un incremento de casos en varios países de la región, profundizándose las desigualdades sociales [(1)]; en algunos países incluso los casos de muerte materna se han incrementado en un 47%, siendo la principal causa, de manera indirecta, el COVID-19 [(2)].

Que, a la fecha, son numerosos los estudios que demuestran que existe un mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales en gestantes con COVID-19 [(3)], y comparadas con la población no obstétrica, tienen tres veces más posibilidades de requerir una admisión a una unidad de cuidados intensivos, 2.9 veces más posibilidades de requerir ventilación mecánica y 70% mayor riesgo de mortalidad [(4)].

Que las medidas preventivas como el lavado de manos, uso de mascarillas y distanciamiento social, si bien disminuyen significativamente el riesgo de contagio con el COVID-19, no son suficientes (5) y a falta de un tratamiento eficiente y efectivo, los esfuerzos se han enfocado en el desarrollo de las vacunas (6), de ARN mensajero, vector de adenovirus y virus inactivado, las cuales a la fecha han demostrado su eficacia y no deberían estar asociadas a riesgo materno o fetal [(7)].

Que de acuerdo con los primeros reportes de vacunación en gestantes [(8-10)], se señala en la vigilancia de la vacuna ARN mensajero, (BioTech-Pfizer y Moderna), que incluye a casi 36,000 gestantes vacunadas en los Estados Unidos, que la incidencia en las reacciones adversas es la misma que la de la población general (dolor en zona de punción, fatiga, cefalea y mialgias), que en relación a las complicaciones fetales, la incidencia de aborto espontáneo y óbito fetal en gestantes vacunadas se encontró dentro del porcentaje esperado en la población general; lo mismo que, las complicaciones neonatales (parto prematuro, pequeño para edad gestacional, abortos, óbito fetal) se encontró en porcentaje similar a la población obstétrica general [(8)] .

Que, además, en gestantes que fueron vacunadas se han reportado varios casos de transferencia de anticuerpos contra el SARS-CoV2 a través de la placenta y la leche materna [(11-13)], los cuales podrían potencialmente proteger al neonato de COVID-19.

En tal sentido, teniendo en consideración el incremento de la morbilidad y la mortalidad materna-fetal secundaria al COVID-19, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) considera que se debe incluir la vacunación contra el COVID-19 en las gestantes o en quienes están dando de lactar; así mismo, hace las siguientes recomendaciones [14-15]:

1. Dar prioridad a las mujeres gestantes o lactantes en el acceso a la vacunación.
2. Incentivar a las mujeres embarazadas a vacunarse, en forma voluntaria en contra del COVID-19.
3. Dar una asesoría adecuada a la gestante para la toma de decisión informada, que incluya el nivel de actividad del virus en su comunidad, riesgo y gravedad potencial de la enfermedad materna por COVID-19, la eficacia de la vacuna, la seguridad en el embarazo, efectos secundarios esperados por la vacunación.
4. No limitar la vacunación a un trimestre de gestación específico.
5. Dar un tiempo de separación de por lo menos de 14 días con la vacuna triple (Tdap) e Influenza.
6. Monitorear la vacunación contra COVID 19 en la mujer embarazada por el profesional de salud respectivo.
7. No retrasar el embarazo o interrumpirlo debido a la vacunación.
8. No suspender la lactancia por la vacunación contra COVID 19.
9. No hacer prueba de embarazo como requisito para la vacunación contra COVID 19.
10. Realizar estudios de seguimiento a las mujeres embarazadas vacunadas y sus hijos, de parte de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia.
11. En caso de que las mujeres embarazadas declinen la colocación de vacuna contra COVID 19, se les dará información sobre los riesgos que esto implica y se insistirá en las otras medidas de prevención.

La FLASOG recomienda la prioridad de la vacunación a las mujeres embarazadas, en forma voluntaria e informada, basados en el concepto de riesgo beneficio, y para contribuir a prevenir la morbimortalidad materna en América Latina y el Caribe.

COMITÉ EJECUTIVO FLASOG

REFERENCIAS

(1) Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: Orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), 2021.

(2) Centro de Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud del Perú. Mortalidad Materna 2020 https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf

(3) Villar J, Ariff S, Gunier RB, et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women with and without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Chort Study. JAMA Pediatr. Publicado online Abril 22, 2021. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1050

(4) Zambrano L, Ellington S, Strid P et al. Update: Characteristics of Symmptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS CoV-2 Infection by Pregnancy Status-Unitade States, Jan 22- Oct 3, 2020. Weekly, Nov 6, 2020/69;1641-1647 MMWR

(5) Lerner AM, Folkers GK, Fauci AS.Ppreventing the Spread of SARS-CoV-2 with masks and other “Low-tech” Interventions. Jama. 2020; 324 (19): 1935-1936.doi:10.1001/jama2020.21946

(6) Lyu WW, Wehby GL. Community Use of Face Masks and COVID-19: Evidence from a Natural Experimento f State Mandates in the U.S. Health affairs (Project Hope).2020;39(8). https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00818

(7) Kalafat E, O´Brien P, Health PT, et al. Benefits and potential harms of COVID-19 vaccination during pregnancy evidence summary for patient counseling. Ultrasound Obstet Gynecol.2021 May;57 (5):681-686.doi:10.1002/uog.23631. PMID:33734524

(8) Shimabukuru T, Kim S et al. Prelimary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. NEJM Abril 21,20021.doi:10.1056/MEJMoa2104983

(9) Collier AY, McMahan K, Yu J, et al. Immunogenicity of COVID-19 mRNA Vaccines in Pregnant and Lactating Women. JAMA. Publicado online May 13, 2021.doi:10,1001/jama.2021.7563

(10) Male V, Are COVID-19 vaccines safe in pregnancy? Nat Rev Immunolo 21. 200-201 (2021). https://doi.org/10.1038/s41577-021-00525-y

(11) Perl SU-Y, Klainer A, Asiskovich H, et al. SARS-CoV-2-Specific Antibodies in Breast Milk After COVID-19 Vaccination of Breastfeeding Women JAMA.2021;325 (19)

(12) Mithal LB, Otero S, Shanes ED, et al. Cord blood antibodies following maternal coronavirus disease 2019 vaccination during pregnancy. Am J Obstet Gynecol.2021 Apr 1:S0002-9378(21)00215-5.doi:10.1006/j.ajog.2021.03.035.Epub ahead of print.PMID:33812808:PMC8012273

(13) Gray KB, Bordt EA, Atyeo, C et al. COVID-19 vaccine response in pregnant and lactating women : a cohort study. MedRxiv 2021 03.07.21253094; doi:https://doi.org/10.1101/ 2021.03.07.2153094

(14) FIGO. Vacunación contra la COVID-19 para mujeres embarazadas y lactantes/FIGO 2021 https://www.figo.org/es/vacunacion-contra-la-covid-19-para-mujeres-embarazadas-y-lactantes

(15) ACOG. Vaccinating Pregnant and Lactating Patients Against COVID-19 Abril 28,2021.

MENOPAUSIA Y ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández*,
Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar,**
Dr. Marcelino Hernández Valencia***

*Secretario de AMEC
**Médico adscrito al HGO No. 3ª IMSS
*** Presidente de AMEC
Correspondencia
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Insurgentes Sur 605-1403, Nápoles, 03810 D.F. México,
Cel.: 5552179782
Mail: vvargashernandez@yahoo.com.mx

RESUMEN

Antecedentes. La edad en la menopausia fisiológica (MF) está asociada al desarrollo de múltiples enfermedades crónicas (multimorbilidades) en la vida posmenopáusica; las mujeres con menopausia prematura experimentan mayores probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas; la edad de la MF se considera como un marcador de morbilidad y mortalidad. **Métodos y resultados**, se realizó una revisión bibliográfica con los buscadores Medline,PubMed, Google Scholar y Web of Science sobre menopausia y encontrando que las enfermedades crónicas afectan a más del 60% de las mujeres menopáusicas y ha sido reconocida como la "afección crónica" más común. Las enfermedades crónicas más frecuentes que se presentaron durante la menopausia son diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, artritis, osteoporosis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, ansiedad y cáncer de mama. Un grupo de mujeres menores de 40 años presentó menopausia temprana en 2.3%, de las cuales el 55,1% desarrolló multimorbilidades, comparando con mujeres que desarrollaron la menopausia a los 50–51 años, las mujeres con menopausia prematura tenía el doble de probabilidades de experimentar enfermedades crónicas tempranamente, con una razón de riesgo (OR) [1.98 IC 95% 1.31 a 2.98] y tres veces las probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas a los 60 años (OR 3.03) [IC 95% 1.62 a 5.64]. **Conclusiones.** Las mujeres con menopausia prematura

experimentaron una mayor incidencia de comorbilidades; debe considerarse la detección y evaluación integral de los factores de riesgo de enfermedades crónicas. En el abordaje de las mujeres con menopausia prematura, igualmente debe considerarse como un problema de salud pública, para su control y prevención en la salud de la mujer.

Palabras clave: menopausia, climaterio, enfermedades crónico degenerativas, riesgo, envejecimiento.

MENOPAUSE AND ASSOCIATION WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT

Background; Age at physiological menopause (MF) is associated with the development of multiple chronic diseases (multimorbidities) in postmenopausal life; women with premature menopause experience a greater chance of developing chronic diseases; the age of the MF is considered as a marker of morbidity and mortality. **Methods and results**, a bibliographic review was conducted with the search engines Medline, PubMed, Google Scholar and Web of Science, on menopause and finding chronic diseases affecting more than 60% of menopausal women and has been recognized as the "chronic condition" more common. The most frequent chronic diseases that occurred during menopause are diabetes, hypertension, heart disease, stroke, arthritis, osteoporosis, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, depression, anxiety, and breast cancer. A group of women under 40 years of age presented early menopause in 2.3%, of which 55.1% developed multimorbidities, compared with women who developed menopause at 50–51 years, women with premature menopause had twice odds of experiencing chronic diseases early, with a risk ratio (OR) [1.98 95% CI 1.31 to 2.98] and three times the odds of developing chronic diseases at age 60 (OR 3.03) [95% CI 1.62 to 5.64]. **Conclusions.** Women with premature menopause experienced a higher incidence of comorbidities; The detection and comprehensive evaluation of risk factors for chronic diseases should be considered. In the approach to women with premature menopause, it should also be considered as a public health problem, for its control and prevention in women's health.

Keywords: menopause, chronic degenerative diseases, risk, aging

INTRODUCCIÓN

La disminución mundial de las tasas de fertilidad, aumento de la esperanza de vida y envejecimiento poblacional [1] en países desarrollados, demuestra que un tercio de la vida de las mujeres la pasaran con menopausia y coincidirá con mayores riesgos para las enfermedades crónicas. De las principales consecuencias del envejecimiento es el aumento de la población anciana con multimorbilidad crónica, lo cual se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad. Las mujeres se asocian con un mayor riesgo que los hombres y deben analizarse por separado, dado que las mujeres y los hombres presentan diferentes factores de riesgo (FR) [1].

La fecha de la última menstruación (FUM)y el inicio de la menopausia difiere entre las mujeres, y se considera un marcador de la morbilidad y tasa de mortalidad (TM) que se relaciona con la posmenopausia [2,3]; particularmente, la asociación entre la edad de la menopausia y enfermedades cardiovasculares[4], diabetes [5,6], enfermedades pulmonares crónicas [7,8], osteoporosis, enfermedades demenciales o mentales [9,10] y muerte prematura; sin embargo, los estudios sobre la asociación entre la edad de la menopausia y el desarrollo de enfermedades crónicas son escasos.

La pérdida de hormonas ováricas (principalmente estrógenos) debido a la menopausia afecta a múltiples órganos y sistemas, que conduce a múltiples morbilidades [11,15]. La menopausia se relaciones con multimorbilidad y afecta a más del 60% de mujeres, ha sido reconocido como la "condición crónica" [13] que influye en su salud [11,13]. Las mujeres a quienes se les realizó salpingo-ooforectomía bilateral (SOB) antes de los 46 años (o menopausia quirúrgica prematura o temprana) también experimentaron

mayor riesgo de enfermedades crónicas en comparación con la MF (OR) [1.,22; IC 95%, 1.14–1.31] [5].

Pocos reportes existen sobre la asociación entre la edad de la menopausia fisiológica y el desarrollo de enfermedades crónicas; interrogar la edad de la menopausia fisiológica (MF) en relación con el desarrollo de enfermedades podría conducir a nuevas estrategias en los cuidados primarios a la salud [11,15].

MÉTODOS Y RESULTADOS

Se revisaron las publicaciones en los buscadores Medline, PubMed, Google Scholar y Web of Science con las palabras clave menopausia y diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, artritis, osteoporosis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, ansiedad y cáncer. La incidencia de enfermedades crónicas varia con la edad; el índice de masa corporal (IMC), la actividad física, sedentarismo o tabaquismo y la MF [15].

La menopausia prematura se desarrolla antes de los 40 años [3] y se asocia con el desarrollo de enfermedades [3,8,11,13,16] uso de terapia hormonal de la menopausia (THM), nuliparidad, menor grado escolar, obesidad, sedentarismo y tabaquismo. Durante el seguimiento de 6 años, 55.1% de mujeres desarrollaron multimorbilidades y utilizaron THM [15].

La asociación entre la menopausia prematura y la prevalencia de multimorbilidades fue 3.57 (IC del 95%: 1,39 a 9,19) en comparación con la MF de 1,98 (IC del 95%: 1,31 a 2,98). La menopausia prematura y la incidencia de multimorbilidad fue 3.15 (IC 95% 1.82 a 5.45) en comparación con la MF 3.03 (IC 95% 1.62 a 5.64). Más de la mitad de las mujeres que experimentaron menopausia prematura tuvo la mayor prevalencia y multimorbilidad en su vida posmenopáusica [15-17].

Las pacientes que presentaron menopausia prematura, tienen tres veces más las probabilidad de padecer enfermedades crónicas antes de los 60 años, excepto la enfermedad vascular cerebral. Durante la transición a la menopausia (TM) y la edad al diagnóstico de la MF se presenta mayor incidencia de las enfermedades crónicas [18]; por ejemplo, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad cardíaca y enfermedad vascular cerebral se presentan con una de 0.93, 0.91 y 0.98 respectivamente.

DISCUSIÓN

No existe una relación estadística significativa entre la menopausia fisiológica y la presentación de enfermedades crónicas [5,16,19-22], tales como diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, enfermedad pulmonar, depresión, ansiedad, osteoporosis o cáncer; sin embargo, las pacientes con menopausia temprana tienen mayor incidencia de enfermedades crónicas a una edad más temprana que en pacientes con MF [15].

Las pacientes con MF con comorbilidades crónicas comparten factores de riesgo socioeconómicos y reproductivos, además de los factores genéticos y ambientales, que a su vez pueden condicionar una menopausia temprana y enfermedades crónicas. [3,12,23]. Condiciones previas como, resistencia a la insulina, dislipidemia o síndrome metabólico en mujeres premenopáusicas conducen a la aparición de enfermedades crónicas relacionadas [20,21].

La predisposición genética a la MF o temprana, causa una alteración en los procesos de envejecimiento a nivel celular y orgánico que puede conducir al desarrollo de enfermedades crónicas con mayor riesgo cardiovascular [25]. La pérdida prematura de estrógenos, ya sea fisiológica o quirúrgica, adicional a los FR genéticos o ambientales, conduce al desarrollo de enfermedades crónicas [15,12,23].

La menopausia prematura es un marcador de aceleración del proceso de envejecimiento y vinculados con menor sobrevida [12,19]. Se debe considerar un problema de salud pública y prevención primaria, establecerse recomendaciones integrales para la prevención y manejo de enfermedades crónicas, particularmente en los

primeros 10 años después de la menopausia y antes de los 60 años de edad [2,11], ya que a partir de esta edad, el riesgo de muerte por complicaciones cardiovasculares se incrementa [15].

Las estrategias integrales que forman parte del cuidado de la mujer como hábitos nutricionales, estilo de vida saludable, control de peso corporal, actividad mental estimulante, tamizaje en algunos cánceres y afecciones reproductivas, pueden aclarar alguna prevención ante enfermedades crónicas en pacientes con MF [11,16]. Por eso la importancia de identificar los FR tempranamente, incluso durante la edad reproductiva, tendría impacto en diminución de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. La incorporación de firmas genéticas en búsqueda de patología multifactorial no se encuentran establecidas como estrategia de prevención, ya que la disparidad que existe entre patologías únicas puede no ser condicionante por la menopausia [26]; por ejemplo, la muerte por condiciones cardiovasculares está incrementada en pacientes menopáusicas, no así enfermedades como el cáncer colorrectal [22,25,27,28]. Hoy no existen ensayos de firmas genéticas para predecir el riesgo de enfermedades crónicas que puedan incorporarse en la evaluación de pacientes en menopausia [15,26], las evaluaciones de salud mental en la menopausia deben considerarse como parte de la estrategia de valoración integral [15,29,30].

CONCLUSIONES

La población mexicana tiene un riesgo incrementado de presentar enfermedades crónicas en edades más tempranas, que durante la menopausia podría incrementar el riesgo de muerte por condiciones cardiovasculares. La menopausia temprana per se tiene mayor riesgo de complicar con enfermedades crónicas, por lo que es importante considerar la evaluación integral y detección de FR para intervenciones médicas oportunas.

1. Andrea Roman Lay, Carla Ferreira do Nascimento, Fresia Caba Burgos, Angélica del Carmen Larraín Huerta, René Eduardo Rivera Zeballos, Verónica Pantoja Silva, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Gender Differences between Multimorbidity and All-Cause Mortality among Older Adults. Curr Gerontol Geriatr Res. 2020; 2020: 7816785. doi: 10.1155/2020/7816785
2. Jaspers L, Daan NM, van GM, Gazibara T, Muka T, Wen KX, Meun C, Zillikens MC, Roeters van Lennep JE, Roos-Hesselink JW et al. Health in middle-aged and elderly women: a conceptual framework for healthy menopause. Maturitas 2015;81:93–98.
3. Mishra GD, Pandeya N, Dobson AJ, Chung HF, Anderson D, Kuh D, Sandin S, Giles GG, Bruinsma F, Hayashi K et al. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. Hum Reprod 2017;32:679–686
4. De Kat AC, Dam V, Onland-Moret NC, Eijkemans MJ, Broekmans FJ, van der Schouw YT. Unraveling the associations of age and menopause with cardiovascular risk factors in a large population based study. BMC Med 2017;15:2.
5. Pandeya N, Huxley RR, Chung HF, Dobson AJ, Kuh D, Hardy R, Cade JE, Greenwood DC, Giles GG, Bruinsma F et al. Female reproductive history and risk of type 2 diabetes: a prospective analysis of 126 721 women. Diabetes Obes Metab 2018;20:2103–2112.
6. Slopien R,Wender-Ozegowska E, Rogowicz-Frontczak A, Meczekalski B, Zozulinska-Ziolkiewicz D, Jaremek JD, Cano A, Chedraui P, Goulis DG, Lopes P et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. Maturitas 2018;117:6–10.
7. Campbell B, Davis SR, Abramson MJ, Mishra G, Handelsman DJ, Perret JL, Dharmage SC. Menopause, lung function and obstructive lung disease outcomes: a systematic review. Climacteric 2018;21:3–12.
8. Matulonga-Diakiese B, Courbon D, Fournier A, Sanchez M, Bedard A, Mesrine S, Taille C, Severi G, Thabut G, Varraso R et al. Risk of asthma onset after natural and surgical menopause: results from the French E3N cohort. Maturitas 2018;118:44–50.
9. Georgakis MK, Kalogirou EI, Diamantaras AA, Daskalopoulou SS, Munro CA, Lyketsos CG, Skalkidou A, Petridou ET. Age at menopause and duration of reproductive period in association with dementia and cognitive function: a systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology 2016;73:224–243
10. De Kruif M, Spijker AT, Molendijk ML. Depression during the perimenopause: a meta-analysis. J Affect Disord 2016;206:174–180.
11. Van Dijk GM, Kavousi M, Troup J, Franco OH. Health issues for menopausal women: the top 11 conditions have common solutions. Maturitas 2015;80:24–30.
12. Rocca WA, Gazzuola Rocca L, Smith CY, Grossardt BR, Faubion SS, Shuster LT, Kirkland JL, LeBrasseur NK, Schafer MJ, Mielke MM et al. Loss of ovarian hormones and accelerated somatic and mental aging. Physiology (Bethesda) 2018;33:374–383.
13. Xu X, Mishra GD, Jones M. Evidence on multimorbidity from definitivo to intervention: an overview of systematic reviews. Ageing Res Rev 2017;37:53–68.
14. Burcu Zeydan, Nirubol Tosakulwong, Christopher G. Schwarz, Matthew L. Senjem, Jeffrey L. Gunter, Robert I. Reid, Liliana Gazzuola Rocca, Timothy G. Lesnick, Carin Y. Smith, Kent R. Bailey, Val J. Lowe, Rosebud O. Roberts, Clifford R. Jack Jr, Ronald C. Petersen, Virginia M. Miller, Michelle M. Mielke, Walter A. Rocca, Kejal Kantarci. Association of Bilateral Salpingo-Oophorectomy Before Menopause Onset With Medial Temporal Lobe Neurodegeneration. JAMA Neurol. 2019;76(1):95-100. doi:10.1001/jamaneurol.2018.3057
15. Xu Xiaolin Mark Jones, Gita D. Mishra. Age at natural menopause and development of chronic conditions and multimorbidity: results from an Australian prospective cohort. Hum Reprod 2020;35(1):203-211

16. Xu X, Mishra GD, Dobson AJ, Jones M. Short-term weight gain is associated with accumulation of multimorbidity in mid-aged women: a 20-year cohort study. Int J Obes (Lond) 2019;43:1811–1821.
17. Tina J Navin Cristina, Jennifer A Stewart Williams, Lynne Parkinson, David W Sibbritt, Julie E Byles Identification of Diabetes, Heart Disease, Hypertension and Stroke in Mid- And Older-Aged Women: Comparing Self-Report and Administrative Hospital Data Records. Geriatr Gerontol Int 2016;16(1):95-102
18. Muka T, Asllanaj E, Avazverdi N, Jaspers L, Stringa N, Milic J, Ligthart S, Ikram MA, Laven JSE, Kavousi M et al. Age at natural menopause and risk of type 2 diabetes: a prospective cohort study. Diabetologia 2017;60:1951–1960.
19. Faubion SS, Kuhle CL, Shuster LT, Rocca WA. Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. Climacteric 2015;18:483–491.
20. Muka T, Oliver-Williams C, Kunutsor S, Laven JSE, Fauser BCJM, Chowdhury R, Kavousi M, Franco OH. Association of age at onset of menopause and time since onset of menopause with cardiovascular outcomes, intermediate vascular traits, and all-cause mortality a systematic review and meta-analysis. JAMA Cardiol 2016;1:767–776.
21. Levine ME, Lu AT, Chen BH, Hernandez DG, Singleton AB, Ferrucci L, Bandinelli S, Salfati E, Manson JE, Quach A et al. Menopause acceler Ates biological aging. Proc Natl Acad Sci U S A 2016;113:9327–9332Censin JC, Bovijn J, Holmes MV, Lindgren CM. Commentary: Mendelian randomization and women's health. Int J Epidemiol 2019;48:830:833.
22. Li JM, Eriksson M, Czene K, Hall P, Rodriguez-Wallberg KA. Common diseases as determinants of menopausal age. Hum Reprod 2016;31:2856–2864.
23. Sarnowski C, Kavousi M, Isaacs S, Demerath EW, Broer L, Muka T, Franco OH, Ikram MA, Uitterlinden A, Franceschini N et al. Genetic variants associated with earlier age at menopause increase the risk of cardiovascular events in women. Menopause 2018;25:451–457.
24. Censin JC, Bovijn J, Holmes MV, Lindgren CM. Commentary: Mendelian randomization and women's health. Int J Epidemiol 2019;48:830:833.
25. Neumeyer S, Banbury BL, Arndt V, Berndt SI, Bezieau S, Bien SA, Buchanan DD, Butterbach K, Caan BJ, Campbell PT et al. Mendelian randomisation study of age at menarche and age at menopause and the risk of colorectal cancer. Brit J Cancer 2018;118:1639–1647.
26. Van der Plaat D, Pereira M, Pesce G, Potts J, Amaral A, Dharmage S, Garcia-Aymerich J, Gomez-Real F, Jarvis D, Minelli C et al. Age at menopause and lung function: a Mendelian randomisation study. Eur Respir J 2019;54:1802421.
27. De Kat AC, DamDobson AJ, Hockey R, Brown WJ, Byles JE, Loxton DJ, McLaughlin D, Tooth LR, Mishra GD. Cohort profile update: Australian Longitudinal Study onWomen's Health. Int J Epidemiol 2015;44:1547a–1547f.
28. Fabbri E, An Y, Zoli M, Tanaka T, Simonsick EM, Kitner-Triolo MH, Studenski SA, Resnick SM, Ferrucci L. Association between accelerated multimorbidity and age-related cognitive decline in older Baltimore longitudinal study of aging participants without dementia. J Am Geriatr Soc 2016;64:965–972.
29. Gartlehner G, Patel SV, Feltner C, Weber RP, Long R, Mullican K, Boland E, Lux L, Viswanathan M. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA 2017;318:2234–2249.
30. Xu X, Mishra GD, Dobson AJ, Jones M. Progression of diabetes, heart disease, and stroke multimorbidity in middle-aged women: a 20-year cohort study. PLoS Med 2018;15:e1002516.

PMN PROMENAL

Somos la única empresa que apoya al 100% a sus clientes durante la pandemia COVID-19

Nuestros servicios en todas las coberturas:

*Asesoría médico legal 24/7

*Patrocinio ilimitado de abogados especialistas en medicina legal

*Representación legal:
- *Penal
- *Civil
- *Administrativa

*Pagos de garantías procesales

*Pago de reparación del daño

*Cobertura en todo México

En pandemia **COVID** sin costo a nuestros afiliados

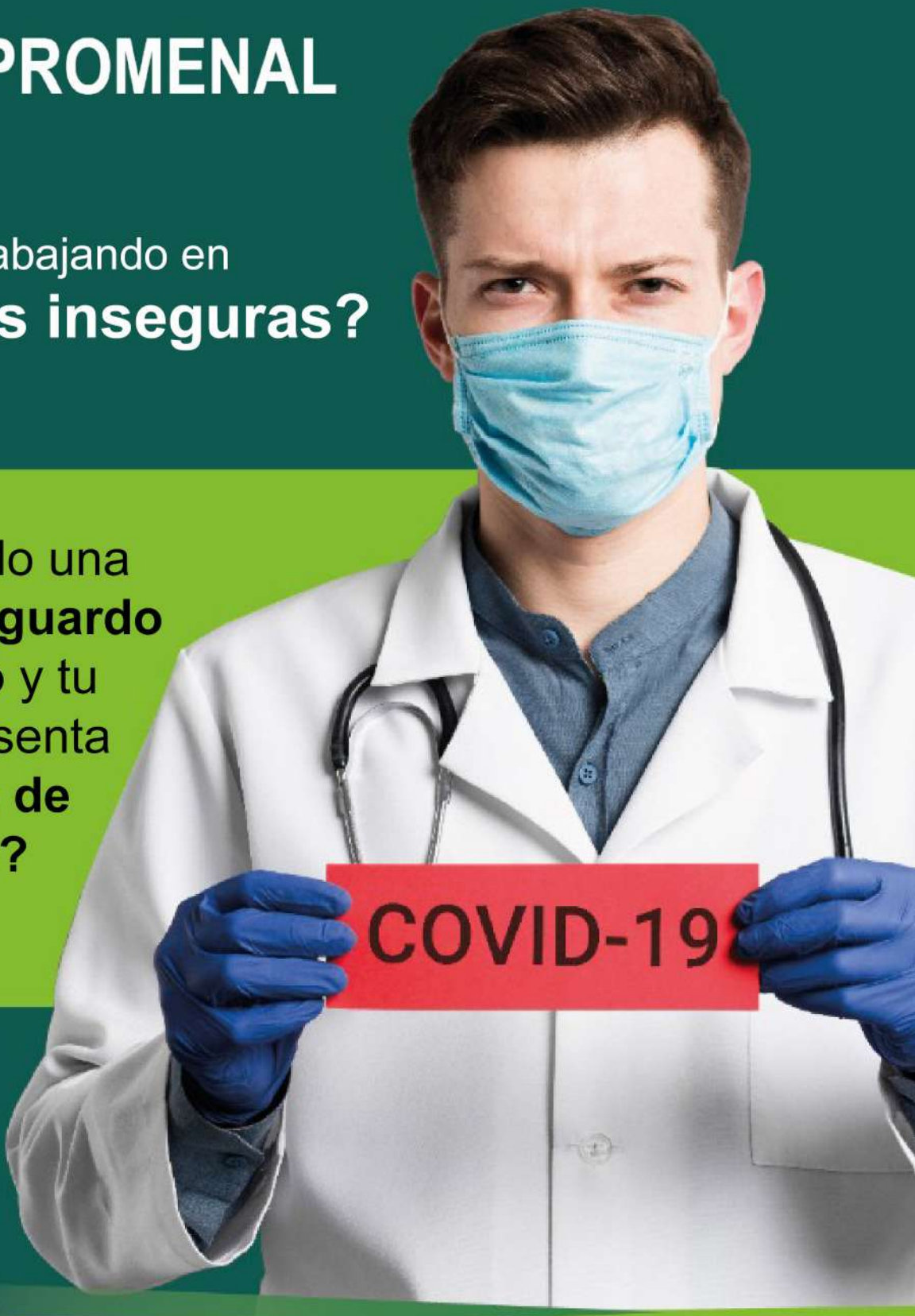
Trámite y presentación de:

*Oficios y amparos por:
- *Falta de equipo de protección
- *Discriminación
- *Negativa de riesgo de salud
- *Rescisión de contrato
- *Violación de tus derechos

CENTRO DE ATENCIÓN JURÍDICA 24/7
800 087 2766
www.corporativopmn.com

PROMENAL

¿Estás trabajando en
condiciones inseguras?



¿Te han negado una licencia de **Resguardo Domiciliario** y tu trabajo representa **alto riesgo de contagio?**

PROMENAL te ayuda. Comunícate con tu asesor, quien te brindará el apoyo profesional que necesitas

www.corporativopmn.com
Facebook: Corporativo PMN

HISTERECTOMÍA VAGINAL

Dr. Leopoldo Santiago Sanabria
Ginecología y Obstetricia
Hospital Ángeles Lomas

Contenido.

Introducción
Historia
La histerectomía vaginal en el pasado
La histerectomía vaginal en nuestros días
¿Qué será de la histerectomía vaginal en el futuro?
Evaluación prequirúrgica
Indicaciones
Contraindicaciones
Planeación quirúrgica
Consideraciones perioperatorias
Procedimiento de histerectomía vaginal
Reducción de volumen uterino
Tratamiento de los miomas
Complicaciones intraoperatorias
Complicaciones postoperatorias
Cuidados postoperatorios
Histerectomía vaginal en poblaciones especiales
Comparación entre histerectomía vaginal y vía laparoscópica
Mitos alrededor de la histerectomía vaginal
Histerectomía vaginal en procesos malignos
Conclusiones
Referencias

Introducción

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico muy realizado en la práctica ginecológica que puede ser realizada por diversos abordajes. Después de la operación cesárea, el procedimiento ginecológico más efectuado en la mujer. Proviene del griego "hystera", que significa "útero" y "ektomia", que significa "sacar por corte". [1]

Se estima que 70% de las histerectomías son realizadas por condiciones benignas como son los leiomiomas, adenomiosis, dismenorrea severa y prolapso uterino. [1]

Las pacientes entre 20-49 años constituyen el grupo de edad más grande que se somete a esta cirugía. El promedio de edad de este procedimiento es a los 42 años de edad. [1]

Ciertamente, puede ser realizada por diferentes abordajes como: laparotomía, laparoscopía o vaginal; incluso se pueden combinar dos vías quirúrgicas como puede ser una histerectomía laparoscópica asistida por vagina o histerectomía laparoscópica con una minilaparotomía para remover el útero. Siempre se debe de elegir la vía más segura, costo-efectiva según sea la indicación médica. No cabe duda que la vía que decida el ginecólogo efectuar, será un importante factor responsable de la morbilidad postoperatoria. Es importante resaltar, que la histerectomía vaginal es el menos invasivo de todos y los beneficios son totalmente equiparables a otras vías de abordaje y está demostrado es que seguro y efectivo. [2]

Hay que contemplar que desde siempre la vía vaginal de acceso a la pelvis ha sido patrimonio exclusivo de los ginecólogos, por lo que asumimos que debería dominarla a la perfección. El procedimiento por excelencia del médico ginecólogo, se basa en una técnica simple y reproductible; es muy necesario conocer la anatomía a la perfección para poder identificar de manera correcta: estructuras ligamentarias, pedículos vasculares y órganos contiguos. Es aplicable o reproducible a pesar de la paridad, ya que muchas veces se piensa erróneamente que no aplica en mujeres nuligestas o posterior a una cesárea. [2]

Lamentablemente, con la venida de la laparoscopia y la cirugía por robot, las cuales han ido ganando popularidad, la histerectomía vaginal ha sido desplazada, cada vez viéndose menos. [2]

Hacia el siglo XIX, Ya Doyen, quien fue uno de los pioneros cirujanos vaginalistas mencionaba: *"nadie puede llamarse ginecólogo hasta que pueda realizar una histerectomía con una técnica tan carente de falla por la vagina, como si la estuviera realizando por la vía abdominal"*. [3]

Las indicaciones más frecuentes para efectuar este procedimiento van desde causas benignas como los leiomiomas, dolor pélvico crónico, prolapso genital, endometriosis, pero también para procesos malignos como cáncer. [3]

En cuanto a la histerectomía vaginal, se puede optar por esta en pacientes que presentan prolapso genital o sin él, ya que se considera una vía de abordaje bastante seguro, en donde suele presentarse escaso sangrado y permite a la paciente tener una rápida recuperación, con deambulación precoz y retomando su vida cotidiana más pronto. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha establecido que la vía vaginal es la vía más segura en cuanto a lo que compete a patología benigna en úteros menores a un embarazo de 12 semanas. [4,5]

A sus inicios, la histerectomía vaginal se reservaba exclusivamente en casos de prolapso; sin embargo, sabemos que hoy en día puede practicarse aún en casos donde no se presente un prolapso. La vía vaginal presenta ciertas ventajas sobre la técnica laparoscópica y la vía abdominal: suele necesitar un menor tiempo operatorio, menores tasas de complicaciones, menores costo, dado a que se requiere menor estancia intrahospitalaria. [4,5]

La curva de aprendizaje es más corta en comparación a la vía laparoscópica, además, queda exenta de riesgos inherentes de esta como es la introducción de trócares y el neumoperitoneo. Lamentablemente, ha sido desplazada y un poco olvidada en la formación ginecológica. [5]

Las contraindicaciones que se establecen para

este procedimiento son tumores anexiales y procesos adherenciales severos de la pelvis. Las complicaciones suelen ser similares a otras vías de abordaje, como pueden ser lesiones vesicales, ureterales, rectales y desgarros vasculares. [5]

Historia

Es interesante y emocionante analizar la historia de la histerectomía vaginal. Es muy importante señalar que esta le precedió varios siglos a la histerectomía abdominal, tal vez contrario a lo que pensaríamos. La cirugía abdominal que se realizaba estaba condicionada por infecciones, hemorragias y dominio del dolor, por lo cual era considerada como peligrosa y se reservaba única y exclusivamente para ciertas emergencias. [3]

La primera histerectomía vaginal de la que se tiene registro se le atribuye a Sorano de Efeso, quien era originario de Alejandría, Egipto. Hacia el año 120 a.C amputó un útero que se encontraba prolapsado y gangrenoso por vía vaginal. [3]

Igualmente, Mathieu en su obra *"Historia de la histerectomía"*, refiere que las mujeres con útero invertido o prolapsado desde la vagina, terminaban con sección de este. Esto explica que las primeras histerectomías vaginales, realmente se hicieron sin un fundamento o sustento y todas las pacientes presentaban prolapso uterino. [3,6]

Posteriormente, se produjeron múltiples intentos tanto en Europa como en Estados Unidos, en donde todos fracasaron por la falta de fundamentos en cuanto a la técnica quirúrgica. [3,6]

En el siglo XIX, en 1829, en París, Recamier, realiza la primera histerectomía vaginal con éxito, detallando minuciosamente la técnica operatoria, con fundamentos anatómicos y utilizando la aguja de Deschamps. (3,6)

Posterior a esto, se comenzó a difundirse en nuestro continente la posibilidad de realizar histerectomías por vía vaginal; sin embargo, no se tuvo el mismo resultado que documentó Recamier. [3,6]

Hacia finales del siglo XIX, recobró popularidad en nuestro continente, pero un hito histórico que contribuyó al abandono por esta técnica fue cuando McDowell logró extirpar un quiste de ovario por laparotomía, lo cual desafiaba a todos los pronósticos en esas fechas. Con ello, se vio que la vía abdominal era una vía segura, por lo que lamentablemente se desacreditó la vía vaginal y se abandonó a finales de siglo. [3,6,7]

Pero afortunadamente, hubo médicos que volvieron a impulsar esta técnica, quienes la mejoraron y la difundieron, tales como Peham, Doyen y Pozzi. Incluso, Friedrich Schauta y su discípulo Isidor Amreich desarrollaron la histerectomía radical vaginal ampliada con un criterio oncológico para el cáncer de cuello uterino, la cual era catalogada una obra maestra de la cirugía. [3]

En Latinoamérica, la primera histerectomía vaginal fue llevada a cabo en Chile, por el profesor alemán Roberto Moericke en 1887. [3]

En Estados Unidos, en los últimos años del siglo XIX y principios del siglo XX, se observó que esta técnica fue perdiendo popularidad y fue desplazada por la vía abdominal, ya que se mejoraron las técnicas de asepsia quirúrgica. [3,7]

A Heaney, le debemos en parte el desarrollo de la histerectomía vaginal, ya que refinó su técnica y fue quien inició el pinzado preliminar de los ligamentos, el cierre de la cúpula vaginal y rediseñó el instrumental utilizado en este procedimiento. No cabe duda que Heaney trascendió en la historia de la ginecología y en la histerectomía vaginal, que para muchos es la cirugía por excelencia del ginecólogo. Su técnica y sus instrumentales quirúrgicos siguen vigentes en nuestros días. [3]

Realmente, hoy en día no se trata de defender, atacar o decidir si una vía es mejor que otra, sino de conocer todas las vías por las que se puede practicar una histerectomía y conocer las indicaciones que se tienen para cada una. [3,7]

La histerectomía vaginal en el pasado

La histerectomía vaginal fue evolucionando a través del tiempo. Se tienen referencias de que las primeras histerectomías vaginales se practicaron hace más de 2,000 años, pero no siempre fueron considerados procedimientos seguros. Esta técnica no era practicada rutinariamente, únicamente en aquellos casos donde había prolapsos uterinos, pero se reportaban un gran número de comorbilidades, ya que muchas veces eran extirpados tanto la vejiga como los uréteres y rara vez la paciente sobreviva a este tipo de procedimientos. [3,7,8]

Realmente, se tiene registro de las primeras histerectomías vaginales exitosas hacia 1507 por Berengario da Capri en Bolonia. Curiosamente, otra de las histerectomías vaginales exitosas fue una "autorrealizada", hacia el siglo XVII, por Faith Haworth, quien no soportaba que su útero se prolapsara a través de la vagina con el esfuerzo físico. [3,7,8]

Otro caso reportado fue en 1670, por Percival Willoughby, quien era una comadrona, quien presentaba sangrados abundantes. Ella logró sobrevivir con constantes pérdidas de orina. [3,7,8]

Incluso otros casos reportados como el de J. Baptiste Paletta de Milán en 1812, quien realizó una histerectomía vaginal sin darse cuenta, intentando realizar una amputación cervical secundario a un proceso neoplásico; sin embargo, la paciente murió 3 días después posterior al desarrollo de sepsis. [3,7,8]

Ya hacia finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, con el desarrollo de instrumentos quirúrgicos y la anestesia, así como con las medidas asépticas que se fueron adoptando, la tasa de mortalidad se logró bajar de un 15% en 1886 a un 2.5% hacia 1910, incluso más bajo en comparación a la histerectomía abdominal que se practicaba en ese momento. [3,7,8]

En la década de 1930, Noble Sproat, en Chicago, reportó una serie de 627 histerectomías vaginales, por procesos benignos, en donde únicamente se reportaron 3 muertes. [8]

Ya en la segunda mitad de 1950, se mejoraron las técnicas quirúrgicas, los instrumentos quirúrgicos, se difundió el uso de antibióticos profilácticos, lo cual hicieron que los médicos de ese entonces optaran por adoptar esta vía, ya que representaba poca morbilidad y mortalidad, además que la calidad de vida de la paciente se mejoraba drásticamente. [8]

La histerectomía vaginal en nuestros días

Hoy en día, se sabe que la principal indicación para la histerectomía vaginal es el prolapso y a veces se combina con otros problemas, como puede ser un cistocele o rectocele, en donde una reparación ya sea anterior o posterior según corresponda, ofrece bastante satisfacción en la paciente. [8]

También, es la vía de elección para afecciones ginecológicas benignas, como lo son la hemorragia uterina anormal, displasia cervical, hiperplasia endometrial y leiomiomas. [4,8]

A pesar que la evidencia demuestra que es una vía segura e incluso muchos consideran que es la vía de elección, lamentablemente, hoy en día la histerectomía vaginal está infrautilizada, aún en afecciones ginecológicas benignas. [4,8]

Antes de la llegada de otras técnicas mínimamente invasivas como la laparoscopia, en Estados Unidos se reportaba que la histerectomía vaginal era la vía de elección en un 25% de todas las histerectomías efectuadas. Hacia la década de 1990, se vio drásticamente reducida y desplazada debido a la popularización de la laparoscopia, ya que esta ofrecía una mayor recuperación en comparación a la vía abdominal. Posteriormente, ya a principios del siglo XXI, surge la histerectomía robótica, lo cual ha hecho que se reduzca aún más en la práctica la histerectomía vaginal. [6,8]

Actualmente podemos afirmar que es preocupante que cada vez se realicen menos histerectomías vaginales a pesar de todos los beneficios que esta conlleva: es un proceso mínimamente invasivo, la recuperación suele

ser más corta, menos tasa de complicaciones, menor costo y mejores resultados cosméticos. Sin duda alguna, uno de los factores principales que ha contribuido a su subutilización es la formación durante la residencia, no todos los ginecólogos en formación tienen la oportunidad de aprender esta vía de abordaje, o bien, el entrenamiento hoy en día se enfoca en otras técnicas. [10]

Los programas de residencias en Ginecología y Obstetricia han experimentado importantes cambios y se han ido adaptando a las nuevas tendencias y tecnologías. Realmente son muy pocos aquellos egresados que se sienten seguros de sí mismos al realizar este tipo de procedimientos, ya que cada vez se ven menos e incluso en algunos casos nunca los llegan a practicar. [10]

Como se mencionó, los programas se han ido adaptando a las nuevas tecnologías y tendencias; sin duda alguna el marketing juega también un papel importante en nuestro medio. Hoy en día el marketing ha colocado a la cirugía robótica ginecológica como una excelente opción y a la vez segura, dado a que ofrecen mejor visualización endoscópica en comparación a la vía vaginal. Pero algo es cierto y debe ser dicho, realmente no ha ofrecido un mayor beneficio sobre esta última y en cambio, los costos se ven altamente disparados por la renta de equipos. Otro factor muy importante, es la creencia que tiene la paciente; todo el marketing alrededor de esto ha hecho creer que la cirugía robótica ofrece más beneficios y es de mínima invasión, generando creencias erróneas, siendo la histerectomía vaginal la vía menos invasiva de todas. [8,10]

¿Qué será de la histerectomía vaginal en el futuro?

La tarea de retomar la histerectomía vaginal no es nada sencilla. El futuro dependerá de qué tanta concientización se realice en cuanto a ella, promoviéndola, haciendo a los médicos ginecólogos conscientes de que es la vía de primera elección ante patología benigna uterina, conociendo sus indicaciones y desmitificar todo lo que hay alrededor de ella. Se debe de implementar en los entrenamientos de médicos residentes, para que ellos se sientan seguros de realizarla en su práctica a futuro. [8]

Hoy en día existen modelos anatómicos en donde se pueden practicar este tipo de procedimientos. Estas nuevas herramientas tecnológicas pueden generar un gran impacto en la educación del médico residente previo al comenzar a realizar este procedimiento y a su vez ir perfeccionando su técnica, lo cual le dará mayor confianza. [8]

Desafortunadamente para la suerte de la histerectomía vaginal, esta seguirá compitiendo en un campo médico que se inclina hoy en día hacia las intervenciones por laparoscopia y cirugía robótica. Lo que significa que sea difícil que se igualen el número de histerectomías vaginales con las histerectomías vías laparoscópicas. Hay que tener en cuenta que una vía no excluye a la otra, sino que ambas se pueden combinar en una misma intervención, lo que suena más factible para no olvidar a la histerectomía vaginal, esta tendrá que ceder y ocupar un lugar compartido para que poco a poco vuelva a ganar terreno. [8]

A su vez, el médico ginecólogo tendrá que plantearle a la paciente todos los beneficios que la histerectomía vaginal ofrece, usando un lenguaje fácil de comprender, como, por ejemplo, plantear que “se puede remover el útero a través de una pequeña incisión vía vaginal y algunas veces puede ser complementado por vía laparoscópica para una mejor visualización, implicando pequeñas incisiones abdominales”. [8]

Evaluación prequirúrgica:

En una primera evaluación prequirúrgica se debe de evaluar el descenso uterino, el tamaño y la forma uterina, así como la estructura ósea. [11]

La vía vaginal para la histerectomía es apropiada para varias indicaciones de histerectomía. La única desventaja que debemos de resaltar es que la acción vaginal impide la evaluación visual de la cavidad abdominal. [11]

En la consulta, se debe de determinar si la histerectomía vaginal realmente es factible. La valoración en el consultorio debe de contemplar la valoración bimanual para analizar la movilidad uterina, la evaluación de la pelvis ósea y la revisión por estudios de imagen disponibles. El factor más importante a considerar será: la movilidad uterina. [11]

Muchas veces, en la evaluación pélvica inicial, el descenso uterino no es del todo obvio. En pacientes que no presentan prolapso aparente, el soporte pélvico deficiente puede demostrarse con frecuencia al observar el descenso del útero con una serie de maniobras de Valsalva. [7,11]

La histerectomía vaginal se vuelve más factible cuando los ligamentos de soporte uterino son laxos, pero no es un requisito absoluto para su realización. [11,12]

De igual forma, el tamaño y la forma uterina se debe de considerar, ya que esto puede determinar si se puede abordar por esta vía o no. Si la valoración en el consultorio no es del todo satisfactoria, se debe de recurrir a estudios de apoyo, como los de imagen. El aspecto más crítico del tamaño y la forma uterina es la anchura del útero, de manera específica en el segmento uterino inferior, debido a que debe controlarse el riesgo sanguíneo (vasos uterinos) antes de la morcelación, lo cual es necesario con frecuencia en un útero aumentado de tamaño. Suele ser difícil realizar el pinzamiento de las arterias uterinas si la anchura de esta zona es alrededor de 9-10cm. Realmente, la altura o medición vertical del útero no supone una limitación; sin embargo, no es cómoda para el ginecólogo si esta es mayor a 16-18 semanas de gestación, en comparación a un útero grávido. [11,12]

También hay que valorar la pelvis ósea, el ángulo del arco púbico debe de ser de 90 grados o mayor y el diámetro bituberoso no debe de exceder los 10 cm. Tanto el tamaño y la forma de la pelvis femenina contribuyen a una mayor exposición. [11,12]

Realmente, no es necesario solicitar estudios adicionales de laboratorio o de imagen específicos para la vía vaginal. [11]

Indicaciones

La histerectomía vaginal siempre será la vía de abordaje preferida cuando esta sea posible. Se ha demostrado que es una vía muy segura y además costo-efectiva. Los índices de complicaciones son similares a otros abordajes, como el abdominal. En caso que esta vía no sea posible, la siguiente será la vía laparoscópica, dado a que es una vía de mínima invasión, además la paciente se puede beneficiar del abordaje asistido por robot o bien estos abordajes se pueden combinar entre ellos. [11]

Es una de las cirugías más practicadas alrededor del mundo, siendo las siguientes, las indicaciones más comunes de histerectomía: [11]

- Miomatosis uterina
- Sangrado uterino anormal
- Dolor pélvico relacionado con endometriosis
- Prolapso de órganos pélvicos
- Tumores benignos de ovario
- Cáncer ginecológico
- Adenomiosis

Ciertamente, no podemos garantizar que la histerectomía vaginal será exitosa únicamente tomando en cuenta la talla de la paciente, el tamaño uterino, la paridad o el prolapso. Generalmente, suelen ser exitosas aquellas histerectomías vaginales en donde la paciente tiene un índice de masa corporal normal, un tamaño uterino pequeño, multiparidad y laxitud de los ligamentos. En este tipo de pacientes, podemos predecir que será exitosa y las complicaciones serán mínimas. [11]

Es importante recalcar que esta vía puede ser todo un reto para el médico ginecólogo y no queda exenta que se pueda transformar en una histerectomía abdominal, sobre todo en aquellas pacientes que tienen una pelvis estrecha, un útero grande de tamaño, miomatosis uterina de grandes elementos o bien, un acceso limitado de los vasos uterinos. Además, otros factores que juegan un papel importante en la realización de esta técnica, son las cirugías pélvicas previas, en donde hay que incluir a las cesáreas. [11]

Es interesante, que, aunque se plantea que la vía vaginal es una vía segura, costo-efectiva, en donde la paciente tiene un buena y rápida recuperación, no es del todo practicada en nuestros días. Esto se debe principalmente al entrenamiento en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia, se ha visto que no adquieren estas habilidades o bien, realmente han realizado este procedimiento en contadas ocasiones, por lo cual no se sienten seguros de realizarla; además que hoy en día existen muchas vías de abordaje mucho más populares y llamativas, como es la laparoscópica o por robot. [11]

Contraindicaciones

Realmente no existen contraindicaciones absolutas para realizar una histerectomía vaginal. Únicamente existen contraindicaciones relativas, que pueden ir desde lo anatómico, procesos malignos (aunque es válido también tratar patologías malignas por vía vaginal), características propias de la paciente como pueden ser: nuliparidad, obesidad, antecedente de radiación pélvica, falta de descenso uterino. [11]

Planeación quirúrgica

Durante el tiempo preoperatorio, al planear cualquier cirugía, se tienen que considerar ciertos puntos en la valoración general de la paciente. El objetivo es minimizar los riesgos y ofrecer las mejores condiciones previo al acto quirúrgico. Específicamente, en cuanto a la histerectomía vaginal, el ginecólogo debe de considerar los siguientes puntos a continuación: [13]

- Adherencias: en pacientes que tiene un alto riesgo de presentar adherencias, se puede optar por realizar una laparoscopia en primera instancia. Se debe sospechar la presencia de adherencias, en aquellas pacientes que han sido sometidas a múltiples cirugías pélvicas, historia de procesos inflamatorios como apendicitis, diverticulitis, enfermedad pélvica inflamatoria. Una opción lógica podría ser realizar una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. [13]
- Leiomiomas: la presencia de leiomiomas puede incrementar la complejidad de la histerectomía vaginal, ya que puede bloquear o estorbar hacia el acceso de los vasos uterinos, más cuando estos se ubican cerca del segmento uterino, cervicales o intraligamentarios. Los estudios de imagen pueden ayudar a estudiar previamente la presencia de leiomiomas. Los estudios complementarios son: el ultrasonido en una primera instancia o bien, con ayuda de la resonancia magnética se pueden ver más a detalle, aunque no se prefiere este de entrada. En caso que los leiomiomas sean de gran tamaño, se pude optar por tratamientos médicos previa la realización de la histerectomía vaginal, como por ejemplo análogos de GnRh, estos pueden ayudar a disminuirlos en tamaño. Aquellos que no son de gran tamaño se pueden remover durante la cirugía, ya sea que se extraigan junto con la pieza quirúrgica, el útero, o morcelándolos; se prefiere la primera. [13]
- Examen genital: se debe ser minucioso resaltando las características del periné, su resistencia, la amplitud de la vagina y sobre todo las características uterinas. Se puede complementar el examen físico con un ultrasonido. [13]
- Tamaño uterino: realmente, no existe un límite establecido del tamaño uterino adecuado para la realización de una histerectomía vaginal. Sin embargo, muchos ginecólogos prefieren que este

no sea mayor en comparación a un útero grávido de 16 semanas. [13]

- Prolapso de órganos pélvicos: cuando se presenta esta patología de leve a moderadamente, facilita aún más la realización de la histerectomía vaginal, ya que se tiene mejor visualización y acceso a los vasos uterinos. En cambio, cuando el prolapso es severo, puede dificultar la realización de este procedimiento, ya que puede haber distorsión anatómica sobre todo a nivel de la vejiga y de los uréteres. [13]
- Remoción de los anexos: se tiene que analizar qué tanto se va a beneficiar la paciente de una salpigectomía o salpingooforectomía, ya que al remover los anexos se reduce el riesgo de presentar cáncer de ovario en el futuro. En algunas ocasiones esto no será posible si existen adherencias que no lo hagan posible. [13]
- Suspensión profiláctica: se puede optar por una suspensión profiláctica para reducir el riesgo de prolapso en el futuro. [13]
- Insuficiencia venosa de miembros inferiores: se tiene que tomar a consideración que la existencia de insuficiencia venosa crónica implica un elevado riesgo de complicaciones tromboembólicas. La cirugía pélvica por lo general excede los 30 minutos de acto quirúrgico, en donde la paciente es colocada en una sola posición, por lo que existe el consenso de sugerir tromboprofilaxis en todas las pacientes, incluso desde antes de la operación. En el preoperatorio se deben de suspender los compuestos estroprogestacionales por lo menos 6 semanas previas a la operación; se recomienda el uso de heparina cálcica o heparinas de bajo peso molecular como la enoxaparina antes de la operación (al menos 2 horas) y durante la operación, se deben colocar vendas elásticas, pierneras acolchonadas y evitar que las pantorrillas se compriman. [13]
- Infecciones genitales bajas e infecciones de tracto urinario: la identificación de infecciones y su tratamiento apropiado disminuirán el riesgo de complicaciones infecciosas postoperatorias del mismo. Se sugiere solicitar un exudado vaginal previo al acto quirúrgico. [13]
- Cistouretroscopia: se puede realizar una cistouretroscopia si la paciente presenta incontinencia. Realmente no se hace de rutina. [13]
- Malignidad: al planear una histerectomía vaginal, se debe de excluir que se trate de un proceso maligno, ya que la presencia de cáncer pudiera cambiar el abordaje totalmente. Siempre se debe de descartar un proceso de esta índole. Se puede solicitar a la paciente estudios de imagen, tamizaje para cáncer cervical o toma de biopsia de tejido endometrial. [13]

Consideraciones perioperatorias

El posicionamiento de la paciente es importante, se debe de colocar en posición de litotomía, con las nalgas justo en el borde de la mesa. Para evitar que se presente una lesión nerviosa, hay que utilizar un cojín cómodo, adecuado. La flexión de la cadera debe de ser de >60 grados, la flexión de la rodilla de 90 a 120 grados y se deben de evitar los puntos de presión. [14]

En algunas ocasiones es apropiado la administración de anticoagulantes y medias de compresión, como profilaxis de tromboembolismo venoso. Igualmente, es válido la administración de antibióticos profilácticos una hora antes del procedimiento, siendo las cefalosporinas de primera generación las de elección. En cuanto a los enemas, estos no son necesarios, quedarán a decisión del médico tratante. [14]

Una vez que la paciente ha sido posicionada, se debe de realizar una exploración profunda bajo anestesia. Bajo estas condiciones, es más fácil la determinación de la movilidad, del descenso, del tamaño y forma del útero. [14]

Procedimiento de histerectomía vaginal

1. Pinzado y circunscripción del cuello uterino.

Se debe de colocar un espéculo o valva corta en la vagina y retractores de la pared lateral laterales al cuello uterino. Los labios anterior y posterior del cérvix se deben de pinzar con una pinza de Pozzi. Después, se debe de aplicar tracción hacia abajo sobre el cérvix y se debe de evaluar la localización de la vejiga y el fondo de saco posterior. (15)

La incisión debe de realizarse por lo menos 1cm distal a la vejiga, esto con el objetivo que se preserve la longitud vaginal (Figura 1). [15]

Figura 1. Incisión pericervical. [9]

Si la incisión inicial se realiza demasiado cerca del orificio cervicouterino externo, se va a requerir una mayor cantidad de disección y la entrada peritoneal anterior y posterior será desafiante. (15)

En aquellos casos en los cuales se puede determinar la localización de la vejiga, la sonda Foley se puede manipular, la vejiga se debe de rellenar o se debe de flexionar una sonda uterina e insertarse en la vejiga. (15)

Se debe de realizar una incisión circunferencial en el epitelio vaginal en la unión del cuello uterino. Esta incisión se realiza ligeramente hacia el fondo de saco en la región posterior del cuello uterino para facilitar la entrada posterior. (15)

2. Disección del epitelio vaginal.

Después que se realiza la incisión inicial, puede ser que se necesite una disección adicional perpendicular al cuello uterino para poder alcanzar el plano recto. El objetivo es dividir todo el tejido a nivel del estroma cervicouterino. Una vez que se ha alcanzado el estroma, el epitelio vaginal puede diseccionarse de modo circunferencial (Figura 2). (15)

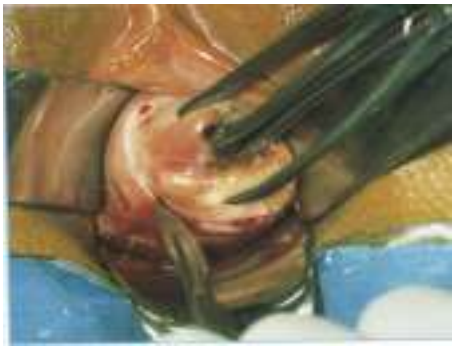


Figura 2. Disección del epitelio vaginal de modo circunferencial. [9]

3. Entrada al fondo de saco posterior.

El fondo de saco posterior se debe de examinar y se debe de identificar la reflexión peritoneal del fondo de saco posterior o saco de Douglas. La porción vaginal del epitelio se tracciona y se debe de entrar al peritoneo en forma cortante. Se debe de insertar un dedo para asegurar la entrada adecuada y se extiende la incisión de modo cortante. Se debe de asegurar el peritoneo posterior al epitelio posterior con una sutura en ocho para la hemostasia y orientación. Se debe de examinar la cavidad pélvica posterior para alteraciones patológicas del útero o enfermedad adherente del fondo de saco y se debe de insertar un retractor de peso largo en la cavidad peritoneal (Figura 3). (15)

Figura 3. Entrada al fondo de saco posterior. [9]

En casos que se dificulte la entrada posterior a la cavidad peritoneal, por ejemplo, en casos donde el cuello uterino esté elongado o el peritoneo no sea evidente, es óptimo iniciar la histerectomía extraperitonealmente al pinzar y cortar el ligamento uterosacro y el cardinal cerca del cuello uterino. Con ello, es común que se pueda obtener un descenso adicional y el fondo de saco sea identificable. (15) Por su parte, la entrada hacia el peritoneo anterior puede obtenerse primero y enganchar un dedo hacia el fondo de saco posterior para ejercer presión sobre el peritoneo. La región posterior del cuello uterino y del epitelio vaginal puede incidirse verticalmente, es decir desde el cuello uterino hacia el fondo de saco, hasta un punto en donde el fondo de saco sea más aparente. (15)

4. Ligadura del ligamento uterosacro.

Una vez que se obtiene la retracción de la pared vaginal lateral y la contratracción del cuello uterino se pinzan los ligamentos uterosacros con la punta de la pinza incorporando la porción inferior de los ligamentos cardinales (Figura 4). (15)

Figura 4. Ligadura de los ligamentos uterosacros. [9]

5. Entrada al espacio vesicouterino (fondo de saco).

Se debe de ejercer tracción sobre el cuello uterino hacia abajo. Se pueden utilizar tijeras de Mayo, con las puntas dirigidas hacia el útero y se realiza la disección anterior, separando la vejiga del útero (Figura 5). Una vez que se logra el plano correcto, la disección será más fácil y se puede realizar disección suave de manera digital. En caso que se encuentre cierta resistencia, puede no ser el plano correcto y se requerirá de una disección cortante adicional. Después de avanzar la vejiga, se debe de colocar un retractor en la línea media, en donde se sostenga la vejiga fuera del campo quirúrgico. (15)

Figura 5. Disección anterior: Separación anterior, se separa vejiga de útero. [9]

Si se identifica la reflexión peritoneal vesicouterina en este punto, es posible que se eleve con las pinzas y entrar al espacio vesicouterino con tijeras cortantes con las puntas dirigidas hacia el útero. (15)

La cavidad peritoneal anterior no se debe de abrir a ciegas, ya que existe un alto riesgo que se presente una lesión vesical. (15)

6. Ligadura del ligamento cardinal.

Una vez que se ha ejercido tracción continua sobre el cuello uterino, se deben de identificar los ligamentos cardinales, se deben de pinzar, cortar y ligar con sutura. En caso de ser posible, el peritoneo anterior y posterior se debe de incorporar a la pinza durante este mismo paso. Todo esto ayudará a obtener una mejor disección y hemostasia. (15)

Figura 6. Ligamento cardinal.[9]

7. Ligadura de la arteria uterina.

Después, se debe de ejercer una tracción contralateral y hacia abajo sobre el cuello uterino. Se debe de incorporar las hojas anterior y posterior del peritoneo visceral e identificar los vasos uterinos. Se deben de pinzar y cortar y el pedículo se debe de suturar. En caso que se trate de un útero grande o bien si algún mioma llega a distorsionar las relaciones anatómicas, puede ser necesario suturar en una segunda instancia. Una vez que se tienen el peritoneo posterior y anterior abiertos, el resto del ligamento ancho y los ligamentos uteroováricos se pinzan, se cortan y se ligan. (15)

Figura 7. Pinzamiento de las arterias uterinas. [9]

8. Luxación del útero.

La basculación o luxación del útero se logra mediante una tracción suave de la cara posterior del fondo uterino. (15)

Figura 8. Luxación uterina, se tracciona la cara posterior del fondo uterino. [9]

El fondo vesicouterino se abre y con una valva anterior se protege la vejiga. (15)

Los pedículos uteroanexiales se sujetan con una pinza, se seccionan y después se ligan dos veces. (15)

9. Ligadura de los ligamentos uteroováricos y redondos.

Se deben de cortar los complejos de ligamento redondo y uteroovárico y se deben de ligar dos veces con un nudo de sutura seguido de una ligadura medial a la primera sutura. En caso que el pedículo sea grande, se debe de asegurar este, es importante identificar cualquier causa de sangrado. (15)

Figura 9. Ligadura del pedículo: ligamentos uteroováricos y redondos.[9]

10. Retiro de las trompas de Falopio y ovarios.

Durante la escisión de los anexos, los ligamentos redondos se deben separar de los pedículos anexiales. Se debe de ejercer cierta tracción sobre el pedículo uteroovárico. En caso que el útero sea extirpado, la porción del ligamento redondo en el pedículo uteroovárico puede pinzarse lateral a la ligadura con sutura. (15)

El ovario se puede atraer mediamente con una pinza de Babcock, se coloca una pinza de Heaney a través de los vasos ováricos (ligamento infundibulopélvico) y se deben extraer el ovario y la trompa. Se deben de colocar puntos de transfixión y ligadura por sutura en los vasos ováricos. (15)

Es importante tener mucha precaución durante estos pasos, ya que la mesosalpinge es delicada y es propensa a desprenderse. (15)

El ligamento redondo se debe de aislar y el ovario se retrae en forma medial. Una vez que se la trompa de Falopio está completamente a la vista, se debe de colocar una pinza a través de la mesosalpinge lateral a la trompa de Falopio, sin incluir el ligamento infundibulopélvico. Este pedículo se debe de cortar y ligar. (15)

11.Hemostasia

Se sugiere referir antes los pedículos más superiores e inferiores, ya que esto ayuda a confirmar una correcta hemostasia de todos los pedículos. En caso que se presente sangrado, será necesario que se coloquen suturas extra para controlar la hemostasia. (15)

12. Cierre peritoneal.

El peritoneo pélvico no proporciona ningún tipo de soporte y este suele reformarse en las primeras 24 horas posteriores a la cirugía, motivo por el cual se puede optar por no reaproximarlo de forma rutinaria. (15)

Figura 10. Cierre peritoneal.[9]

Reducción de volumen uterino

Es de gran importancia aprender a realizar estas técnicas, ya que cuando el volumen uterino está aumentado o, por lo contrario, el acceso vaginal es estrecho, es necesario reducir el volumen. (15,16)

En la literatura se reporta que en el 50% de los casos, es necesario realizarlo en forma sistémica o bien, cuando el útero excede los 300 gramos. Aunque con el advenimiento de las técnicas laparoscópicas, no es necesario realizar esto. (15,16)

Se recomienda que esto se realice posterior a la hemostasia de los paracérvix y de los pedículos uterinos. Siempre se tiene que realizar bajo control visual y con manteniendo la calma. (15,16)

El ginecólogo no debe de desesperarse, muchas veces este paso puede ser tardado, pero vale la pena realizarlo de una forma adecuada para evitar una laparotomía. Las fragmentaciones prolongadas se acompañan de un aumento de hemorragias, aunque son idénticas a las que se producen en una laparotomía, en el caso de resecar un útero muy voluminoso. (15,16)

Una de las técnicas es la hemisección uterina. El fondo del saco peritoneal anterior puede abrirse de entrada con tijeras si es fácil acceder a él y se descarta el riesgo de lesión vesical; en caso que no, se puede respetar abrirlo digitalmente después de haber exteriorizado el útero. La abertura precoz ofrece la ventaja de poder colocar una valva anterior en el fondo de saco peritoneal anterior y por ello, proteger por completo la vejiga, eso permite que la hemisección pueda ascender hasta un punto muy alto sobre el muro anterior del útero, lo que hace que el acceso hacia miomas anteriores sea más fácil. (15,16)

Tratamiento de los miomas

La hemisección uterina permite acceder a los miomas, además es posible orientar la hemisección hacia un mioma intersticial voluminoso que se palpa digitalmente y parece dificultar el descenso uterino. (15,16)

Los miomas anteriores son los de más difícil acceso, debido a un conflicto que se tiene con la valva anterior, por lo que se debe comenzar con una hemisección posterior para poder alcanzarlo por medio del fondo uterino. (15,16)

En caso que no sea suficiente, la basculación anterior permite en la mayoría de las ocasiones alcanzarlo tras la abertura del fondo de caso anterior. (15,16)

Es válido una resección simple del mioma cuando este es pequeño. Incluso, la hemisección propio del mioma puede bastar para lograr la exteriorización del útero y a su vez resecar este. (16)

En caso de miomas muy voluminosos, puede ser necesaria la fragmentación. En algunas ocasiones, solo será accesible el polo inferior del mioma, pero esto no debe desalentar al ginecólogo, también se puede acceder a este posteriormente. Primeramente, es indispensable abrir la cápsula del mioma y posteriormente disecarlo digitalmente todo lo que se puede, esto va a permitir que este se libere y se pueda movilizar más fácilmente. Con una simple hemisección del mioma, puede bastar, si no, se puede incidir con bisturí sobre la línea media del mioma. Se debe de evitar traccionar mucho el mioma, ya que esto podría desgarrar otros tejidos. (16)

Complicaciones intraoperatorias

Las complicaciones intraoperatorias más reportadas son hemorragia, lesión del tracto urinario, lesión intestinal. (16)

La hemorragia excesiva, no suele ser una complicación tan frecuente, pero no hay que menospreciar que se reporta en el 2.5% de las pacientes. (16)

Las lesiones ureterales no suelen ser tan frecuentes, se reportan del 0.1-05% de los casos. Entre las lesiones ureterales reportadas se incluyen la sección transversal de los uréteres, lesión por aplastamiento o distorsión anatómica con una sutura adyacente. Es necesario saberlo identificar, para poder repararlo en el momento. [16]

Las lesiones vesicales ocurren en un 2% de las histerectomías vaginales. La perforación de la vejiga puede ocurrir al momento de entrar al fondo de saco posterior. Realmente, no existe un consenso para realizar una cistouretroscopia de control, pero en el momento que se identifique, se debe de reparar esta. [16]

Las lesiones intestinales ocurren en un 0.4% de las pacientes que se someten a este procedimiento. En caso que ocurra esta, se debe de colocar un instrumento atraumático, como puede ser una pinza de Babcock, junto a la lesión, en donde se debe marcar su ubicación y sujetar el intestino, de manera que éste no se deslice hacia la cavidad peritoneal. En caso que se presente este tipo de complicación, se debe de solicitar la ayuda por parte del servicio de cirugía general. [16]

Complicaciones postoperatorias

Entre las complicaciones postoperatorias que más frecuentemente se reportan están: [16]

- Retención urinaria: su incidencia varía ampliamente. No suele ser tan común. Esta se debe de resolver en las primeras 48 horas postoperatorias. [9,10,16]
- Absceso: el sitio más común suelen ser los anexos. Se ha reportado esta complicación en tan solo el 1% de las histerectomías vaginales. Aquellos que son visibles, pueden ser drenados vaginalmente, en cambio, los abscesos pélvicos ameritan una evaluación más extensa, incluso, es apropiado solicitar estudios de imagen. [9,10,16]
- Sangrado: es necesario explicarle a la paciente que es esperado que los primeros días se presente un sangrado escaso. Sería un dato de alarma si la paciente presenta un sangrado excesivo. La causa en la que más debemos de sospechar es una dehiscencia del pedículo. [9,10,16]
- Prolapso de la Trompa de Falopio: es una complicación realmente rara, reportada solamente en el 0.1-8% de las pacientes. [9,10,16]
- Fiebre: como cualquier intervención quirúrgica hay que indagar sobre causas que puedan causar fiebre. [9,10,16]
- Fístula: no son muy comunes, tan solo se reportan en 0.1-0.2% de los casos. Pueden presentarse fístulas vesicovaginales, rectovaginales o enterovaginales, pero no suelen presentar sintomatología hasta semanas posteriores a la intervención quirúrgica. [9,10,16]
- Obstrucción intestinal e íleo: es muy raro que se presente si el abordaje fue vía vaginal, en cambio, por vía abdominal la incidencia suele ser mayor. [9,10,16]

Cuidados postoperatorios

Durante el postoperatorio, no se requerirá de cuidados extraordinarios a cualquier otra intervención quirúrgica. Tal vez el más importante es el manejo del dolor, el cual cabe señalar que es menor en comparación a otros abordajes como el abdominal. El objetivo de este es minimizar el uso de narcóticos, por lo que es aceptado la administración de paracetamol, ketorolaco y tramadol; la mayoría de las veces, con estos ha sido suficiente. [2,11]

Otros cuidados son el retiro del catéter vesical de manera temprana y se debe de vigilar la micción espontánea, se tiene que evitar la retención urinaria, la cual ha sido una complicación reportada durante este periodo postoperatorio. Se recomienda que la deambulación satisfactoria sea antes del retiro del catéter vesical. Un punto importante a señalar es que durante el procedimiento quirúrgico no se está exento de lesionar la vejiga, por lo que, si esto ocurre, se deberá dejar el catéter vesical por 7-14 días postoperatorios, esto con el fin de reducir el riesgo de la formación de fístulas. [2,11]

Igualmente, la reactivación intestinal, la cual se ha visto que puede ser lo más pronto posible, no es necesario que el ayuno se prolongue. Se debe tener tolerancia de 2-3 días posteriores a la intervención para que la paciente presente evacuaciones o flatos (generalmente ocurren dentro del primer día). En caso que la paciente señale alguna molestia intestinal como constipación o sensación de no presentar flatos, puede ser apropiado prescribir algún tipo de laxante. [2,11]

El uso de antibióticos es otra cuestión a considerar. Es válido administrarlos durante el postoperatorio para reducir el riesgo de una infección de vías urinarias. El antibiótico de primera elección será: Nitrofurantoína 100mg, dos veces al día por tres días. Otra opción puede ser Ciprofloxacino 250mg al momento del retiro del catéter vesical si este ha permanecido por más de 2 días. [2,11]

Realmente, no hay un tiempo estandarizado para citar en consulta de seguimiento a la paciente, pero se sugiere que esta sea dentro de las primeras 4-6 semanas o bien, en pacientes postmenopáusicas que tengan una atrofia vulvovaginal significativa, se puede agendar una consulta en las primeras dos semanas. [2,11]

Una de las principales preocupaciones de la paciente posterior a la intervención será la incorporación a sus actividades habituales, es nuestro deber indicarle que estas deben ser a tolerancia. Se debe recomendar retomar la actividad sexual por lo menos en seis semanas o en el tiempo que ella sienta esta confianza, de preferencia, posterior a la primera cita de seguimiento postoperatorio. [2,11]

Histerectomía vaginal en poblaciones especiales.

Se tienen que destacar dos tipos de poblaciones especiales, que son las pacientes obesas y aquellas que tienen un estado de salud pobre. [9,17]

En las pacientes obesas, la histerectomía vaginal ha demostrado tener mejores resultados y se ha visto menor tasa de complicaciones en comparación a la vía laparoscópica y abdominal. Hay que tener en cuenta, que la paciente obesa, generalmente cursará con otras comorbilidades como diabetes, hipertensión, apnea del sueño, por lo que es importante que tenga una valoración por el servicio de anestesia, ya que suelen ser pacientes con alto potencial de complicaciones. [9,17]

Puede presentarse de igual forma una paciente a quien se le practicó una conización durante su vida. Esto puede provocar un hundimiento del cuello y sobre todo, un acortamiento en su porción intravaginal. Aquí, la principal complicación que se podría presentar es la aparición de una lesión vesical cuando se realice la disección anterior, lo que se debe a una incisión vaginal demasiado alta, por ello, se debe de evitar la colocación de pinzas demasiado altas; en vez de eso, se puede colocar pinzas de Pozzi, lo que le darán mayor firmeza a la sujeción del cuello, una vez que se inicia la disección. [9,17]

En casos de alargamiento del cuello uterino. Esto suele asociarse a la presencia de un prolapso. No suele plantear una dificultad mayor para la disección vesicouterina. En cambio, el fondo de saco de Douglas suele estar situado más lato y en ocasiones no se puede abrir en una primera instancia. Luego, debe de proseguirse a la disección en la parte posterior, hasta que se liberen los ligamentos uterosacros y realizar la ligadura-sección de este sin abrir el saco de Douglas. De este modo se logrará un descenso del útero y se podrá abrir el saco de Douglas. [9,17]

En pacientes con antecedente de cesárea previa, tampoco constituye una contraindicación para la vía vaginal. Ciertamente, la cesárea condiciona un riesgo incrementado para lesión vesical, pero esto implica en todas las vías de abordaje, no únicamente en la vía vaginal. Sin esta condición, el riesgo de lesión vesical es de 4% mientras con el antecedente de cesárea, se incrementa el riesgo hasta un 18%. Aún así, se debe de valorar la movilidad uterina y el acceso vaginal, el cual suele ser similar a las nulíparas. [9,17]

En situaciones donde exista un trastorno anexial que haya sido detectado desde la etapa preoperatoria o al planear la intervención; esto será una indicación de un tiempo laparoscópico previo. En caso de un quiste,

se deberá descartar alguna patología maligna. En otro contexto, si el descubrimiento se hace durante la cirugía laparoscópica, se deberá realizar una cistectomía o anexectomía en función de la edad de la paciente y del aspecto del quiste. Posteriormente, se proseguirá a realizar la histerectomía vía vaginal. [9,17]

Otras situaciones que se pueden presentar es la presencia de un mioma en un ligamento ancho. Esto puede representar un problema de la proximidad del uréter con modificaciones en la relación anatómica y esto a su vez puede limitar el descenso uterino. El acceso del mioma será posterior al tratamiento de los pedículos uterinos para limitar el riesgo de hemorragia. El mioma debe de ser resecado con mucha prudencia, procurando siempre evitar una lesión del uréter. No se deben hacer incisiones fuera de la visión del campo quirúrgico. [9,17]

Si se sospecha de adherencias pélvicas, lo cual se puede hacer desde la realización de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de imagen, la presencia de éstas no contraindica el acceso vaginal. Hay que tomar en cuenta que la mayoría serán adherencias parietoepiploicas, lo cual supone un mayor riesgo si se aborda por vía alta. En caso de endometriosis pélvica, es preferible realizar un tiempo laparoscópico previo para limitar el riesgo de lesión digestiva relacionada con posibles adherencias, sobre todo en fondo de caso de Douglas. [9,17]

Por otra parte, aquellas pacientes que tienen un estado de salud precario, son potenciales a presentar complicaciones como infección del sitio quirúrgico, por ello se prefiere que el abordaje sea vaginal en lugar de abdominal. [9,17]

Comparación entre la histerectomía vaginal y vía laparoscópica

Se tiene registrado que la primera histerectomía laparoscópica se efectuó en 1989 por Reich, quien describió la técnica e instrumentales. [18,19,20]

Hoy en día, la técnica laparoscópica ha venido ganando auge, esto secundario a que presume de poder tener una mejor vista de la anatomía e incluso presume tener ciertas ventajas sobre la histerectomía vaginal en casos de endometriosis severa o en casos donde existe el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Incluso, en casos donde no hay un descenso uterino adecuado, la vía laparoscópica es una mejor opción. [18,19,20]

Algo que se debe destacar de ambas, es que son técnicas de mínima invasión, en donde la paciente se ve beneficiada en muchos aspectos, ya que las complicaciones suelen ser mínimas y el tiempo de recuperación es menor, pudiendo retomar su vida cotidiana más rápido en comparación a otras técnicas como la vía abdominal. [18,19,20]

Entre las principales diferencias que hay que destacar entre estas dos vías de abordaje, es que en la histerectomía laparoscópica presenta un mayor índice de lesiones de tracto urinario bajo. Además, en el postoperatorio, las pacientes con histerectomía vaginal han presentado menor dolor durante las primeras 24 horas postoperatorias. Otras de las complicaciones que se han visto relacionadas con la vía laparoscópica, es la formación de fístula, esto se debe a la utilización de energía. [18,19,20]

Otra de las desventajas que presenta la vía laparoscópica, es que suele ser más cara, ya que se necesita de la renta de un equipo de laparoscopia y de instrumentos especiales; en cambio, en la vía vaginal no se requiere de ello. [18,19,20]

Se tiene establecido que se prefiere que el abordaje vaginal como primera instancia en casos de procesos benignos, ya que se ha visto que las pacientes se pueden reincorporar a sus actividades normales en menor tiempo. [18,19,20]

Pero hay algo que hay que establecer, se debe de protocolizar a la paciente y ver qué vía conviene más. Ambas son seguras y los resultados, que al final de cuentas es lo que más importa, ambas son buenas. Es cierto que la vía laparoscópica ha venido ganado importancia en los

últimos años y se espera que esta tendencia continúe. [18,19,20]

Mitos alrededor de la histerectomía vaginal

A continuación, se exponen ciertas creencias que se tienen en torno a la histerectomía vaginal que en consecuencia han provocado que hoy en día se practiquen menos: [21]

1) Tamaño uterino: realmente no existe un consenso acerca del tamaño uterino o el peso uterino que pueda predecir el éxito de una histerectomía vaginal. Hay que tomar como referencia que un útero normal pesa aproximadamente 100g, en cambio, un útero de 12 semanas gestacional pesa aproximadamente 280g. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha establecido que la histerectomía vaginal se debe de reservar para aquellas pacientes que tienen un útero menor a 12 semanas de gestación en tamaño y que este sea móvil. Varios estudios comparan la histerectomía abdominal y vaginal en aquellas pacientes con úteros aumentados de volumen y se ha observado que la vía vaginal se asocia a menos morbilidad como fiebre, menor tasa de sangrado, mejor manejo de dolor, menor tiempo de estancia intrahospitalaria y menos complicaciones generales tras el evento quirúrgico. Existen ciertas estrategias que facilitan la realización de una histerectomía vaginal a pesar de la presencia de un útero agrandado, como es la sección de este o bien, la morcelación; incluso, con estas estrategias, se han realizado histerectomías vía vaginal en úteros de 18 semanas, hasta de 1 kilogramo. [21]

2) Nuliparidad y falta de descenso uterino: esta suele ser una justificación bastante frecuente para evitar la histerectomía vía vaginal. Muchos estudios a través del tiempo han confirmado que es segura la realización de la histerectomía vaginal en presencia de un descenso mínimo o en el peor de los casos con un útero que no desciende. Solamente hay que tener en cuenta que la presencia de sangrado puede ser mayor en aquellos úteros que no presentan descensos. En aquellos casos en donde la colpotomía posterior no es posible y los ligamentos son inaccesibles, la cirugía puede convertirse a través de la vía laparoscópica, sin incrementar el riesgo de complicaciones, a pesar que el primer intento haya sido vía vaginal. Ciertamente en el 99% de los casos que inician su abordaje vía vaginal, terminarán siendo por esta misma vía. Si se presenta la necesidad de convertir la cirugía a través de la vía laparoscópica, es apropiado colocar una esponja en un guante quirúrgico a través de la vagina para evitar que el CO2 de la laparoscopia se escape a través de esta. [21]

3) Necesidad de realizar ooforectomía: la salpingooforectomía bilateral es un procedimiento que suele realizar en conjunto con la histerectomía. Generalmente cuando esto ocurre, se prefiere que el abordaje sea vía abdominal. Muchos ginecólogos prefieren este último tipo de abordaje, dado a la visibilidad y accesibilidad hacia los anexos. Cabe resaltar que la mayoría de los ovarios son visibles y accesibles durante la cirugía vaginal y es totalmente segura esta vía para realizar una salpingooforectomía. Si la paciente presenta un riesgo incrementado para el desarrollo de malignidad y no se pueden retirar los ovarios, este procedimiento puede ser completado vía laparoscópica y no representa un riesgo incrementado. [21]

4) Cirugías abdominopélvicas previas y patología extrauterina: la sabiduría de realizar una histerectomía vaginal en pacientes que presentan cirugías pélvicas previas ha sido un tema de debate por décadas. Muchas veces se prefiere realizar una histerectomía vía abdominal dado a que la paciente presenta una cesárea previa. Hay que hacer mención, que, en este tipo de pacientes, existe un pequeño riesgo incrementado de lesión vesical, el cual es menor en el abordaje vaginal. Otra de las razones por las cuales se justifica el abordaje abdominal es la presencia de endometriosis y enfermedad pélvica inflamatoria, pero es bien sabido que esto no contraindica la vía vaginal. En caso que se sospeche de la presencia de múltiples adherencias o de patología extrauterina, se puede realizar visualización a través de la laparoscopia y en caso que se trate de una

entidad ausente o mínima, se puede proseguir al abordaje vía vaginal. [21]

Ciertamente, el ginecólogo tiene el derecho de presumir en haber sido los primeros en usar la cirugía laparoscópica o de mínima invasión, que hoy en día sabemos se utilizan en diversos campos, pero es la cirugía vaginal un patrimonio que sólo le corresponde al ginecólogo. Por ello, siempre será la vía vaginal, la vía de elección o estándar de oro ante la patología benigna. [21]

Histerectomía vaginal en procesos malignos

Es bien sabido que la histerectomía vaginal es el estándar de oro en la vía de abordaje para procesos benignos. Sin embargo, la histerectomía vaginal igual puede ser implementada ante casos de procesos malignos. El concepto de la histerectomía vaginal ampliada o intervención de Schauta es muy antigua. Actualmente, ha sido posible retomarla gracias al desarrollo de la laparoscopia y más concretamente al de las linfadenectomías laparoscópicas. El procedimiento consiste en resecar los ganglios laparoscópicamente y posteriormente se prepara a la paciente para la intervención vaginal. [22,23]

La primera descripción que se tiene de la histerectomía vaginal radical fue descrita por Anton Pawlik y fue popularizada por Frederik Schauta, a quien le atribuimos los abordajes de histerectomía vaginal para procesos neoplásicos, sobre todo en caso de cáncer cervicouterino, lo cual tiene un gran impacto en el descenso en la mortalidad en comparación a otros tipos de abordajes, como es la vía abdominal por técnica de Wertheim. Posteriormente, la técnica desarrollada por Schauta fue modificada por Amreich y Stockel. Sin embargo, cuando Meigs introdujo la linfadenectomía junto con la histerectomía radical abdominal, la técnica desarrollada por Schauta fue desplazada y olvidada, ya que no era posible realizar la extirpación ganglionar por vía vaginal. [22,23]

Afortunadamente, para histerectomía vaginal en casos de neoplasias, vio su renacimiento hacia la década de 1980, debido al advenimiento de la linfadenectomía por vía laparoscópica, la cual se fue popularizando en varios centros a nivel mundial. Entonces, actualmente, tenemos que el procedimiento quirúrgico consta de dos partes. La primera fase consiste en un abordaje laparoscópico en donde se exploran y se extirpan los territorios ganglionares pélvicos que drenan en el cuello uterino. Igualmente, esta vía nos ofrece la posibilidad de poder realizar ganglio centinela, es decir inyectar coloide radioactivo o azul patente para identificar el ganglio centinela y poder realizar una linfadenectomía parametrial. Posteriormente se complementa el procedimiento quirúrgico con la histerectomía vía vaginal. [22,23]

Hay que tomar en consideración que la histerectomía radical abdominal es un procedimiento que tiene una significativa morbilidad con disfunción vesical, intestinal y lenta recuperación, es por ello que hoy en día se considera viable el abordaje vía laparoscópico, dado a que permite una rápida recuperación, menos dolor postoperatorio, ausencia de laparotomía y las complicaciones que esta lleva consigo, además que permite obtener una mejor visualización de las estructuras pélvicas como abdominales. [22,23]

Específicamente, la vía vaginal de histerectomía presenta varias ventajas en relación con la abdominal como: mejor y más rápida recuperación, menos complicaciones, menor costo, menor estadía postoperatoria y además desde el punto de vista estético, no deja una cicatriz visible. Es importante recalcar que ante la presencia de cánceres de cuello uterino en etapa inicial, la intervención de Schauta-Stoeckel es la de primera elección, sobre todo en la presencia de estadios IA2 o IB1, deben de tratarse de entrada por este medio. [22,23]

Recientemente, se ha publicado la experiencia en once años de un centro de referencia, en donde se comparó

la técnica de Wertheim-Meigs con el abordaje vaginal, en donde se concluye que ésta última sigue ofreciendo grandes ventajas sobre la vía abdominal e incluso la sobrevida es similar en ambos abordajes. [22,23]

Las contraindicaciones que presenta este procedimiento son: enfermedad avanzada, comorbilidades significativas, lesiones graves de cadera o de columna, tumores mayores de 4cm o histotipos inusuales y desfavorables (como son los cánceres neuroendócrinos, carcinoma de células pequeñas), gran invasión ganglionar, irradiación pélvica inicial. [22,23]

Conclusiones

La histerectomía es un procedimiento cotidianamente realizado dentro de la práctica ginecológica, siendo la histerectomía vaginal el procedimiento por excelencia y patrimonio que le corresponde al médico ginecólogo.

Históricamente, se tienen reseñas que la histerectomía vaginal ya era practicada desde el 120 a.C, por Sorano de Efeso. Pero es a Heaney a quien le debemos la popularización y perfeccionamiento de la técnica, y es por él, que hoy en día tenemos la posibilidad de practicarla. Sin embargo, actualmente ha sido olvidada y desplazada por las nuevas tecnologías, como la cirugía laparoscópica, añadiendo a esto la falta de práctica de esta vía en la formación de los médicos residentes.

Es necesario que por el bien del médico ginecólogo y de la paciente estas se retomen. Esto se logrará incluyendo a este fabuloso procedimiento en el programa de residencias y aprovechando los simuladores para retomar la práctica y perfeccionar la técnica.

Hay que educar a nuestra paciente y plantear todos los beneficios que la histerectomía vaginal lleva consigo. Ha sido y sigue siendo la vía de abordaje de primera elección ante la patología uterina benigna y eso no excluye que pueda ser utilizada ante procesos malignos. Ciertamente, no hay contraindicaciones absolutas para su realización y muchas veces, esta puede combinarse con la vía laparoscópica.

No hay duda alguna, está totalmente comprobado, que la vía vaginal es una vía segura, costo-efectiva e igual de eficaz en comparación a otras técnicas. Además, hay que tener en cuenta que esta se puede complementar de otras técnicas, no es excluyente.

Se deben tomar ciertas consideraciones prequirúrgicas, siendo el factor más importante la movilidad uterina, aunque no es un requisito absoluto. Otras circunstancias a tomar en consideración son el tamaño uterino, la paridad o la existencia de prolapso, aunque estas no nos garantizan ni contraindican el éxito de una histerectomía vaginal.

Igualmente, nos debemos anticipar a ciertas situaciones con el fin de minimizar riesgos, como la presencia de adherencias, leiomiomas, prolapso de órganos pélvicos, infecciones genitales o de vías urinarias y es necesario realizar un examen detallado previo.

Es un procedimiento bastante seguro, pero no exento de complicaciones como cualquier procedimiento. Los más reportados son la retención urinaria, lesión vesical, formación de fístulas o abscesos y el sangrado, aunque con una buena técnica, estos se disminuyen.

Los cuidados postoperatorios no deben ser extraordinarios. Tal vez, el más importante sea el manejo del dolor, que suele ser relativamente sencillo. Uno de los mayores beneficios que ofrece la histerectomía vaginal, es que la paciente puede retomar sus actividades cotidianas más rápido a comparación de otras vías de abordaje, ya que es la menos invasiva.

Por todo ello, la histerectomía vaginal ha sido y seguirá siendo la primera vía de elección. Se debe alentar a las nuevas generaciones de ginecólogos en formación a aprender estas técnicas, que son el patrimonio del ginecólogo y debe ser herencia hacia las nuevas generaciones.

REFERENCIAS

1. Byrnes JN, Occhino JA. Hysterectomy for Benign Conditionsbof the Uterus: Total Vaginal Hysterectomy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2016 Sep;43(3):441-62.

2. Dedden SJ, Geomini PMAJ, Huirne JAF, Bongers MY. Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol. Reprod Biol. 2017 Sep;216:212-223. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.07.015.

3. García Rodríguez, Miguel Emilio, & García Basulto, Miguel Javier. (2019). Histerectomía vaginal. Apuntes históricos. Gaceta Médica Espirituana, 21(1), 59-69.

4. Kulkarni MM, Rogers RG. Vaginal hysterectomy for benign disease without prolapse. Clin Obstet Gynecol 2018;53:5-16, 202:83-91.

5. Advincula, A. P. (2020). Vaginal Hysterectomy. American College of Obstetriciansand Gynecologists. Obstetrics & Gynecology, 135(4), 759–760. doi:10.1097/aog.0000000000003814

6. Humes JC, Weir L, Keyser EA, Molina MM. The Dying Art of Vaginal Hysterectomy: A Novel Simulation. Cureus. 2019 Dec 12;11(12):e6362. doi: 10.7759/cureus.6362.

7. Pancheshnikov A, Acharya A, Harmanli O. Vaginal Hysterectomy: Historical Footnote or Viable Route? Obstet Gynecol. 2020 Aug;136(2):424. doi: 10.1097/AOG.0000000000004019.

8. Moen, M. D., & Richter, H. E. (2014). Vaginal hysterectomy: past, present, and future. International Urogynecology Journal, 25(9), 1161–1165. doi:10.1007/s00192-014-2459-x

9. Padjsa, S., Behera, A. K., Jayalakshmi, M., Narasinga Rao, T., & Indira, G. (2017). Choosing the Route of Hysterectomy. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 65(4), 251–254. doi:10.1007/s13224-014-0562-z

10. Deffieux X, Rochambeaud Bd, Chene G y cols. Hysterectomy for benign disease: clinical practice guidelines fron the French College of Obsetrics and Gynecology. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016 Jul;

11. Pillarisetty LS, Mahdy H. Vaginal Hysterectomy. 2021 Feb 25.Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 32119369.

12. Lauterbach R, Gruenwald I, Matanes E, Matar K, Weiner Z, Lowenstein L. The impact of vaginal hysterectomy and uterosacral ligament suspension on vaginal elasticity and sexual function. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Mar;258:29-32. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.12.015

13. Carmona García, José Luis. (2016). Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. Revista de Obstetricia y Ginecología, Ven. 76(1), 4-10.

14. Pillarisetty LS, Mahdy H. Vaginal Hysterectomy (2021). Obstet & Gynecol. Treasure Island (FL)

15. Jeppson PC, Balgobin S, Rahn DD, Matteson KA, Dieter AA, Ellington DR, Aschkenazi SO, Grimes C, Mamik MM, Balk EM, Murphy M; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Comparison of Vaginal Hysterectomy Techniques and Interventions for Benign Indications: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2017 May;129(5):877-886. doi: 10.1097/AOG.0000000000001995.

16. Louie M, Strassle PD, Moulder JK, Dizon AM, Schiff LD, Carey ET. Uterine weight and complications after abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 2018 Nov;219(5):480.e1-480.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2018.06.015

17. Schmitt JJ, Baker MV, Occhino JA, McGree ME, Weaver AL, Bakkum-Gamez JN, Dowdy SC, Pasupathy KS, Gebhart JB. Prospective Implementation and Evaluation of a Decision-Tree Algorithm for Route of Hysterectomy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2020 Apr;135(4):761-769. doi: 10.1097/AOG.0000000000003725.

18. Kovachev S, Ganovska A, Stankova T. Comparison of laparoscopic assisted vaginalhysterectomy and vaginal hysterectomy for benign disease and lesions of the female genital system. Akush Ginecol (Sofiia). 2016;55 Suppl 1 Pt1:4-10

19. Lee SH, Oh SR, Cho YJ, Han M, Park JW, Kim SJ, Yun JH, Choe SY, Choi JS, Bae JW. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. 2019 Jun 24;19(1):83. doi: 10.1186/s12905-019-0784-4

20. Dedden, S. J., Geomini, P. M. A. J., Huirne, J. A. F., & Bongers, M. Y. (2017). Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 216, 212–223. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.07.015

21. McCracken, G., & Lefebvre, G. G. (2017). Vaginal Hysterectomy: Dispelling the Myths. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 29(5), 424–428. doi:10.1016/s1701-2163(16)35494-9

22. Erasmo, B. Parry, S. Alonso, C. (2016) Histerectomía radical vaginal en cáncer cervicouterino de estadio precoz. Rev Chil Obstet. Ginecol; 76(5): 334-337.

23. Mathevet, P., & Dargent, D. (2017). Histerectomía vaginal ampliada o intervención de Schauta- Stoeckel. EMC - Cirugía General, 7(1), 1–11. doi:10.1016/s1634-7080(07)70424-x

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Órgano de difusión científica
Julio 2021

FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

DIPLOMADO

CONOCIENDO Y MEJORANDO LA ATENCIÓN DE LA GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL DE LATINOAMÉRICA

INSCRÍBETE

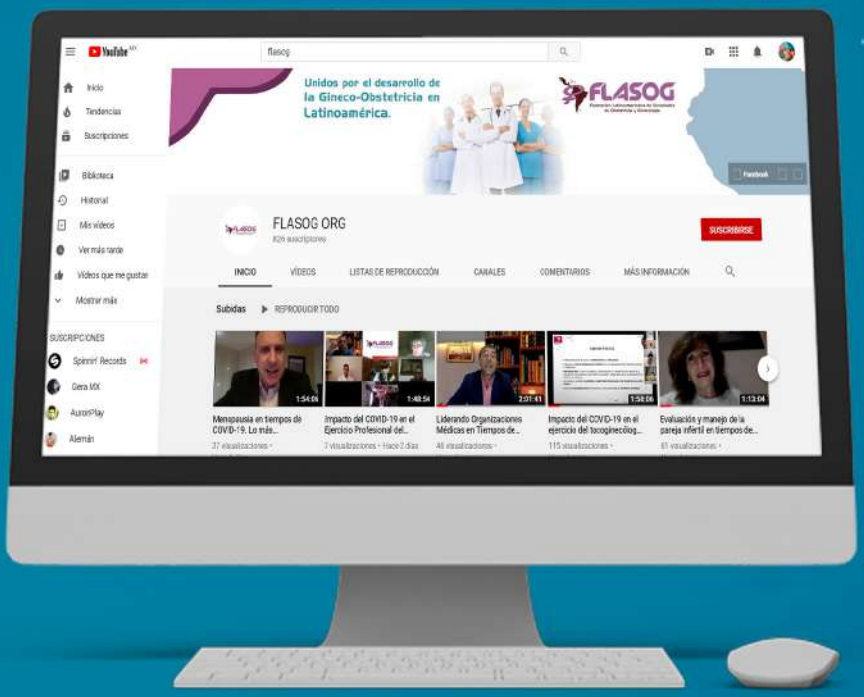
COSTO TOTAL $180 USD.

VISA mastercard

www.flasog.org
/@FLASOG

FLASOG

SUSCRÍBETE
A NUESTRO CANAL DE
YouTube



www.flasog.org

/@FLASOG