

# Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LXII

MEXICO, DICIEMBRE DE 1931

Núm. 12

*Sesión del día 21 de octubre de 1931*

## **Modificaciones a la técnica de la Histerectomía Abdominal, para abreviar el tiempo de la peritonización y reducir al mínimo el tiempo infectante de la intervención**

POR EL DR. FRANCISCO REYES BOCACCIO

**L**A técnica de la histerectomía abdominal ha sufrido una serie de modificaciones, a fin de lograr su mayor simplicidad, para ponerla al alcance de todos los que dedican sus actividades, a esta clase de achaques profesionales, y también para mejor librar la vida de nuestros enfermos.

Colocados en cualquiera de las Escuelas, pongamos, por ejemplo, la Francesa o la Americana que nos son más conocidas; y por lo que he visto en muchos de nuestros más conspicuos ginecólogos, casi todos seguimos con algunos distinguos de peculiar personalidad, las técnicas más usuales que en su obra magistral, nos describe el significado ginecólogo francés Juan Luis Fort, en el capítulo relativo a la técnica general de la laparotomía.

Desde luego hago la observación, que al referirme a la histerectomía abdominal, me refiero a la histerectomía TOTAL. Y sobre este particular, y saliéndome un tanto del objetivo de este trabajo, voy a reproducir aquí el comentario verbal que, sobre la histerectomía SUB-TOTAL, expuse en una de las pasadas sesiones de la Sociedad de Cirugía Nacional que con tanto entusiasmo, brillo y porvenir han formado el selecto cuerpo de Cirujanos del Hospital Juárez. «Estoy, me expresé, en el grupo de los que cuando intervenimos para histerectomizar, extraigo el útero en su totalidad. Para mí, la histerectomía sub-total es la práctica excepcional. Dejar el cuello, es para mí, más que un error, una falta seria. Significa un peligro de magnitud para las enfermas, porque dejamos del órgano, su región más CANCEROGENA, toda la mucosa del hocico de tenca; y esto sin embargo, de que hagamos en el muñón, el vaciamiento conoide para quitar el peligro de la posible degeneración epitelial de su mucosa endocervical. La estadística es el mejor argumento que yo pueda citar.

CENTRO DE

El mismo Fort, cuando describe la histerectomía sub-total, afirma que, con excepción de la histerectomía por cáncer y salvo otras excepciones, es **PRECISO SIEMPRE PRACTICAR LA HISTERECTOMIA SUB-TOTAL.**

Pero yo no pienso así. Fuera de los casos de máximas dificultades, que fijaré en un cinco por ciento, quizá menos, ejecuto siempre la histerectomía **TOTAL.** Para idénticos procesos ¿no es lo que hacemos por la vía vaginal? ¿Quién piensa en la histerectomía vaginal, dejar el cuello? ¿Y por qué el cambio radical de frente al referirse a la vía abdominal tratándose repito de idénticos procesos (esclerosis uterina, fibromas pongo por caso? La explicación de esta inconsecuencia es bien sencilla decía yo. Cuando se opera por la vagina la histerectomía total es mucho más sencilla; cuando se opera por el vientre ocurre lo contrario, porque resulta más expedito y breve abandonar el cuello. No son el peligro de la anestesia, la hemorragia, el descontrol de la arquitectura pélvica, la herida de la vejiga, recto o ureter, lo que justifica la adversidad de criterio, ni el peligro de infección de la vagina sobre el que tanto se ha especulado. Abonemos para la sub-total unos minutos más de tiempo en su favor y fuera de esto, nada hay que justifique su superioridad, porque la anatomía no cambia y los peligros señalados se conjuran con la propia anatomía, la precisión de la técnica y nuestro dominio sobre la asepsia.

Y acaba Fort para sostener su criterio, pág. 804, párrafo tercero: «la histerectomía **SUB TOTAL** es superior a la **TOTAL**, por su **SIMPLICIDAD**, afirmación que en nada resuelve el problema anatómo patológico, ni el definitivo terapéutico de las enfermas, que continuando con su cuello infectado, siguen con el tormento de los flujos, motivo muchas veces de su queja particular al médico y sumisión al tratamiento quirúrgico.

Tomaré como ejemplo, la técnica de la histerectomía a la Kelly, para describir mis personales modificaciones reduciéndome a los tiempos precisos de **FORCIPRESURA y LIGADURA DE LOS PEDICULOS VASCULARES, PERITONIZACION DEL MUÑON DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS y SECCION DE LA VAGINA.**

Plegados a esta técnica, se comienza la forcipresura y corte de los ligamentos infundíbulo pélvico izquierdo, redondo y uterino; se abre después la vagina, y tirando sobre el cuello se ataca la uterina del lado opuesto, ligamento redondo y el ovárico. En el momento de abrir la vagina se desinfecta y se protege el campo cerrando el muñón con pinzas o practicando la sutura desde luego, para seguir con las ligaduras independientes de los seis pedículos. Otros comienzan con la ligadura de los pedículos, suturan el muñón vaginal después, para terminar con la peritonización que comienzan de izquierda a derecha, o viceversa.

Quiero hacer mención especial de una modificación técnica implantada

a la histerectomía por el hábil cirujano del Hospital Juárez doctor Vargas Otero. Consiste esencialmente, en forcipresurar los tres pedículos con una pinza; es decir, todo el ligamento ancho, comprendiéndolos en una sola ligadura que él ejecuta con suma habilidad. Con esto el doctor Vargas Otero consigue uno de mis objetivos: reducir al mínimo la superficie cruenta del ligamento ancho y por consiguiente, la peritonización; maniobra que yo realizo en la forma que describiré oportunamente.

Sea que el muñón vaginal se suture antes del tiempo de la puesta de las ligaduras, o que se ligen primero los pedículos y después se suture la vagina, mejor lo primero que lo segundo, de todos modos estos tiempos se ejecutan en CAMPO INFECTADO, reducido si se quiere con las precauciones que se tomen, cortando la vagina en campo cerrado, o su previa desinfección y la desinfección inmediata al corte; pero no por esto dejará de ser esta sección del campo operatorio, una REGION INFECTANTE o POSIBLEMENTE INFECTANTE, estando obligados a lograr eliminarla dentro del concepto efectivo, práctico.

Procedo como sigue: hemostasia de los tres pedículos de cada ligamento redondo y su sección: con un catgut núm. 3 Kalmerid de resistencia más comprobada, y largo de 40 centímetros, ligo primeramente, la uterina, aproximando la pinza del redondo al pedículo uterino, y con el mismo hilo, es decir, con los cabos colgantes de la ligadura de la uterina ligo el redondo, siguiendo igual conducta con el infundíbulo pélvico cuya pinza se aproxima al pedículo de la uterina y del redondo. Como se comprende, las tres ligaduras son independientes entre sí, pero forman en conjunto un solo block o pedículo al nivel de la uterina y pegada a la pared lateral de la vagina.

La consecuencia de esta maniobra es que aproximando los pedículos ovárico y redondo al uterino, es decir al plano medio, la serosa peritoneal se desliza sobre buena extensión de la superficie cruenta del ligamento ancho que queda así recubierto de peritoneo, lo que equivale al tiempo de la peritonización por simple deslizamiento de la serosa.

Esta maniobra la vi ejecutar al profesor Edderman de la Escuela de Post Graduados de New York; pero mucho tiempo antes, yo la venía aplicando en la histerectomía vaginal ligando en la misma forma los pedículos, solo que por esta vía comienzo con la uterina; persiguiendo la finalidad que el profesor Edderman por el vientre. Y sin embargo, a mí no se había ocurrido aplicarla por arriba. Hay que significar intencionalmente, que esta maniobra operando por la vagina es más conveniente todavía que operando por el vientre, en atención a la imposibilidad de la total peritonización de los ligamentos anchos.

Puestas las ligaduras, termino la peritonización del extremo interno, del ligamento ancho con uno o dos puntos.

Figura 1.—Incisión de la piel según la técnica de la laparotomía lateral DR. REYES.

Todos estos dibujos fueron tomados del natural por el dibujante

DEYESA.

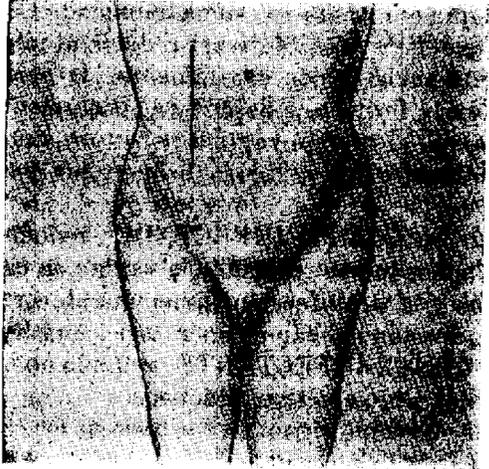


Figura 2.—Fijación de los anexos y útero para con su elevación exponer el infundíbulo pélvico, redondo y uterina.



Figura 3. — Forcípresa de los tres pedículos.

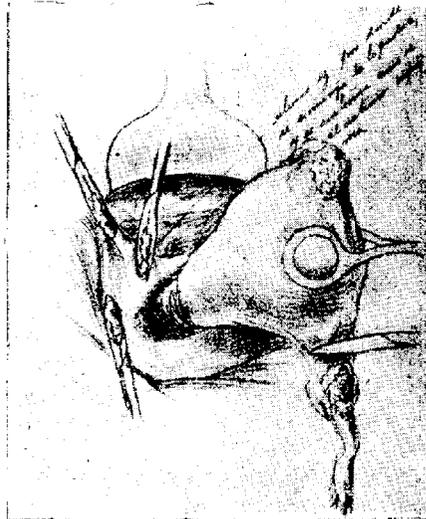


Figura 4. — Forcípresa lado izquierdo.

Figura 5.—Muñón conjunto de los tres pedículos vasculares del lado derecho con conservación de los cabos largos para fijar y suspender el muñón vaginal.

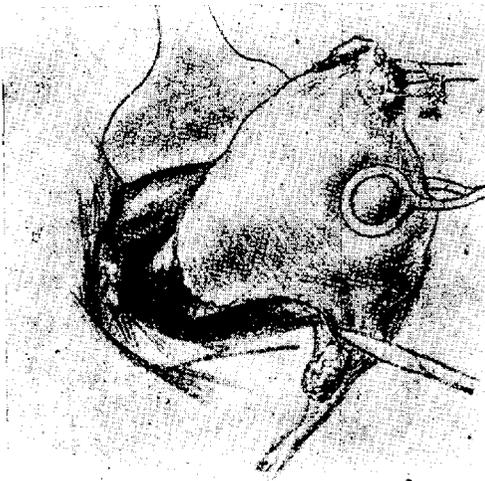
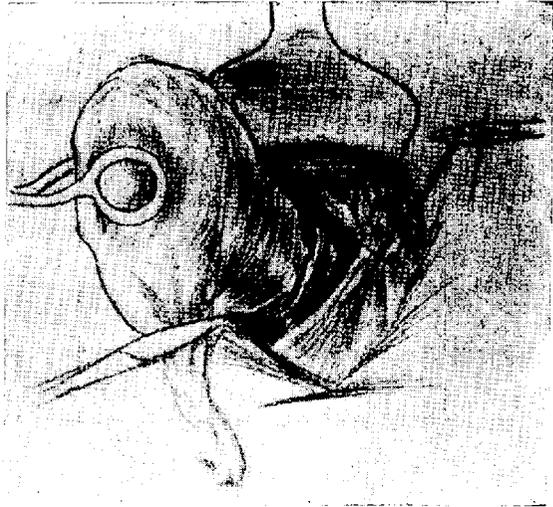


Figura 6.—Muñón pedículos lado izquierdo.

Figura 7. — Forcimpresura de la vagina para proceder al corte, desinfección y sutura. Esta se pasa después del corte.

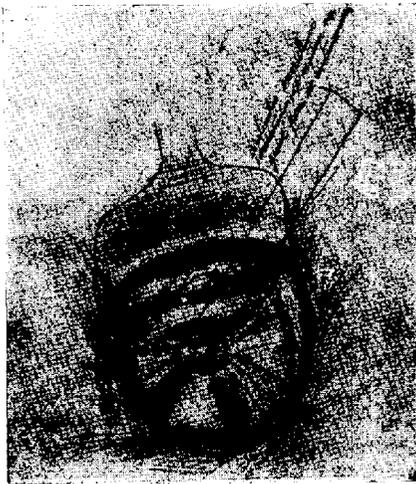
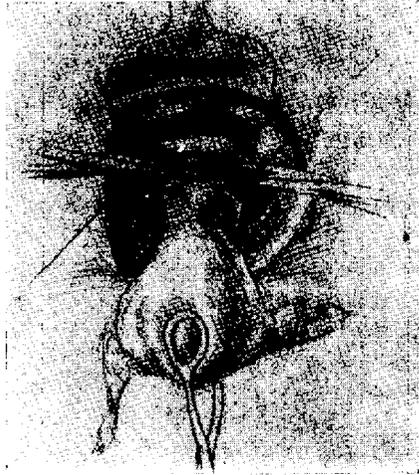


Figura 8. — Pedículos vasculares suturados el muñón vaginal para su sostenimiento.

Figura 9.

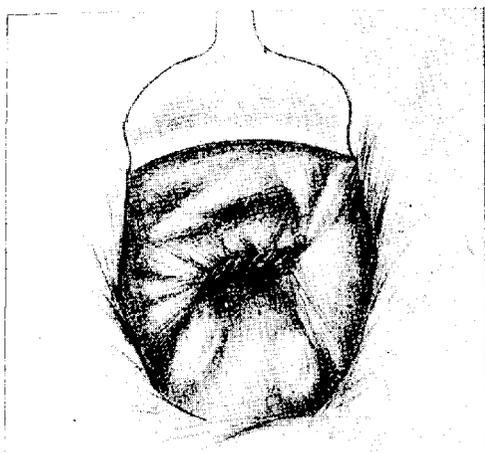
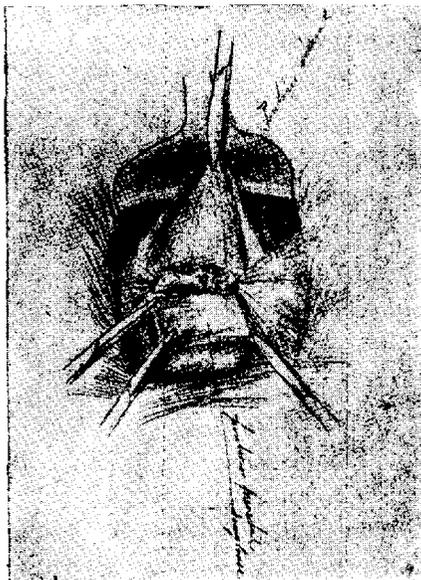


Figura 10.—Muñón vaginal peritonizado.

Figura 11.—Tiempo de la apendicectomía, operación sistemática en toda intervención ginecológica, y por lo que yo comienzo.

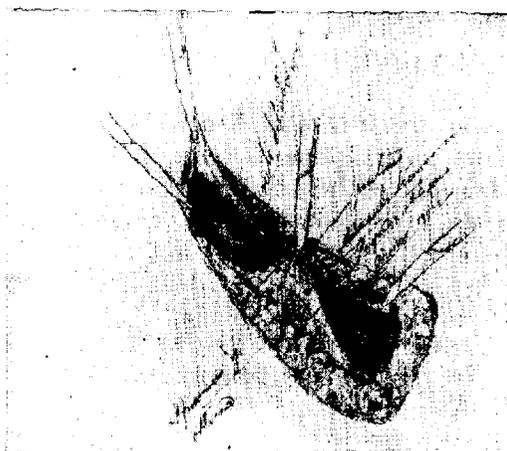
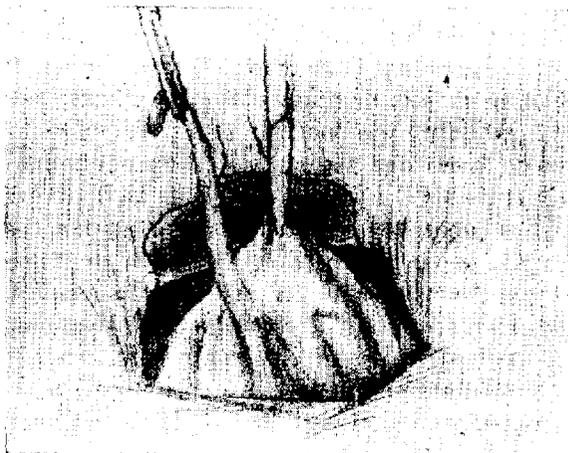


Figura 12. — Referencia del peritoneo para cerrar la pared; en el concepto que el borde externo comprenderá: peritoneo, fascia transversalis y músculos transverso y pequeño oblicuo íntimamente unidos en el espacio de Spigelio\*

El útero con o sin tumor, con o sin anexos continúa pegado a la vagina, estando naturalmente, desprendida la vejiga y el peritoneo del Douglass hasta la altura conveniente. Hemos operado fuera de la REGION INFECTANTE, del TIEMPO PELIGROSO DE LA HISTERECTOMIA. Ha llegado el momento de sortearlo. Abriremos, cortaremos mejor dicho, la vagina entre pinzas; bastan la de Fort que no son estorbosas. La matriz queda separada. Tocaremos el corte lineal de la vaginal con alcohol; se aplica un surjete montado sobre las pinzas; se retiran éstas y se aprieta el hilo y así habremos operado prácticamente en campo estéril, fuera del peligro de la cavidad vaginal y la uterina, eliminando el TIEMPO PELIGROSO y el CAMPO INFECTANTE de la histerectomía.

Los cabos del pedículo vascular se han conservado intencionalmente, se anuda uno con otro sobre el muñón de la vagina y se fijan a dicho muñón con dos o tres puntos. Si su aproximación no se logra se fijan independientemente, a uno y a otro lado de la vagina para mantener el nuevo capital vaginal y preveer o corregir el colpocele.

Inmediatamente después peritonizamos convenientemente, el muñón vaginal adosando el peritoneo de la vejiga con el del Douglass. Hemos terminado prácticamente nuestra operación.

Claro está que habrá casos en que no sea posible juntar en un solo block los tres pedículos, principalmente en los casos de degeneración esclerosada del peritoneo y del sub-peritoneo, casos por otra parte muy eventuales.

Sistemáticamente aplico esta técnica en el Wertheim, fibromas, metroanexitis, esclerosis, uterina, etc., sin que el volumen de los tumores sea óbice para ello, como lo ilustran los dibujos tomados del natural que se refieren a un fibroma de volumen muy regular.

#### CONCLUSIONES:

1ª—La reunión en un haz de los tres pedículos vasculares ligados independientemente, con una hebra de catgut, tiene la ventaja de reducir la superficie de peritonización, reduciendo el tiempo operatorio respectivo.

2ª—El block pedicular sirve de suspensión eficaz al muñón vaginal, conservándose la arquitectura pélvica del segmento uro genital evitándose previniéndose el colpocele, y

3ª—Conjura el tiempo infectante de la histerectomía.

FRANCISCO REYES BOACCIO.