

Indicaciones actuales de la histerectomía subtotal

**Eduardo González
Bosquet**

Servicio
de Obstetricia
y Ginecología
Hospital de Sant Joan
de Déu
Universidad
de Barcelona

Introducción

La histerectomía subtotal tuvo un papel muy relevante en la historia de la histerectomía abdominal, ya que dos de las primeras histerectomías que encontramos referenciadas en la literatura fueron subtotales¹ y no fue hasta 1929 en que se practica la primera histerectomía abdominal total². Aun así hasta el final de los años 40 el 95% de todas las histerectomías que se realizaban eran subtotales¹.

La discusión sobre si la técnica quirúrgica de elección, para practicar una histerectomía, tenía que incluir el cérvix uterino aunque la indicación de la histerectomía sea por patología benigna del cuerpo uterino no es una polémica actual sino que nace prácticamente con el desarrollo de la técnica para extirpar el cervix. Esto es debido, probablemente, a que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas que más frecuentemente se realizan (junto con la cesárea y la colecistectomía)³ y cuyas indicaciones más se discuten (debido a la aparición de otras alternativas a la misma como por ejemplo la miomectomía y la ablación endometrial).

Encontramos dentro de la historia de la histerectomía subtotal dos puntos de inflexión que actuaron en sentido contrario. Uno de ellos es la controversia que tuvo lugar en 1950, sobre cual era la técnica de elección para la histerectomía, que acabó relegando a la histerectomía subtotal sólo a los casos donde existía una dificultad para extirpar el cuello del útero quedando la histerectomía total como la de elección. Hay que tener en cuenta que no es hasta a partir de esa fecha cuando empieza a disminuir la incidencia y la mortalidad por el cáncer de cérvix y por tanto mantener el mismo suponía un riesgo para la mujer.

El otro punto de inflexión es la aparición de la cirugía laparoscópica y la aparición de técnicas para realizar una histerectomía subtotal por esta vía, Seem en 1991⁴ fue uno de los primeros en comunicar sus

resultados. La aparición de estas técnicas ha vuelto a abrir el debate sobre si es necesario extirpar el cérvix cuando la indicación de la histerectomía es por patología benigna del cuerpo uterino, y han aparecido trabajos comparando las ventajas, inconvenientes y complicaciones de los diferentes tipos de histerectomías totales y subtotales. Esto es así debido a que la histerectomía por vía laparoscópica, conservando el cuello uterino es técnicamente mucho más sencilla.

A continuación expondremos las posibles ventajas que se han comunicado que puede aportar la histerectomía subtotal sobre la total haciendo un análisis crítico de las mismas.

Disminución de las complicaciones urinarias

El cérvix uterino está íntimamente relacionado con la vejiga urinaria y por tanto es lógico que si no lo extirpamos se produzcan una disminución de las lesiones vesicales producidas al disecar la vejiga sobre la porción anterior de cérvix. También existe una estrecha relación del uréter con los vasos uterinos, los ligamentos cardinales o parametrios y los ligamentos uterosacros. Todas estas estructuras se encuentran íntimamente relacionadas con el cuello uterino y es posible la lesión del uréter al extirpar el mismo.

Como consecuencia de lo expuesto hasta aquí, las lesiones vesicales y ureterales deberían ser significativamente inferiores en las técnicas que conservan el cuello uterino.

Cuando comparamos las lesiones vesicales y ureterales teniendo en cuenta los distintos tipos de histerectomía y si conservan el cérvix o no, en una serie amplia sobre 62.379 histerectomías⁵ (Tabla

Correspondencia:
Eduardo González Bosquet
Servicio de Obstetricia
y Ginecología
Hospital de Sant Joan
de Déu
Passeig Sant Joan
de Déu, 2
08950 Esplugues
de Llobregat
Barcelona

1), observamos que las lesiones vesicales y ureterales son discretamente inferiores en las histerectomías subtotales, aunque la diferencia con la histerectomía total tanto abdominal como vaginal es poco significativa. Llama la atención que el riesgo de lesión del uréter es significativamente más alto en las histerectomías por vía laparoscópica, aunque hay que tener en cuenta que en este grupo se incluyen tanto la histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia (HVAL), como las histerectomías totalmente por laparoscopia como las histerectomías subtotales por laparoscopia.

Encontramos en la literatura pocos trabajos sobre complicaciones urológicas de las histerectomías subtotales por laparoscopia con un número importante de casos. En una serie sobre 437 histerectomías intrafasciales supracervicales⁶ no se describe ninguna lesión urológica, lo cual llama la atención después de las cifras comunicadas por el anterior trabajo. El problema es que la mayoría de estos trabajos son retrospectivos y en ellos se suele hacer una selección de las pacientes de manera que los casos más favorables suelen ser en los que se indica una histerectomía laparoscópica.

Existe un acuerdo entre los diferentes autores en que no hay diferencia a largo plazo en la función urinaria en la histerectomía total y subtotal (incontinencia y urgencia miccional, etc.)^{7,8}.

Menores complicaciones intraoperatorias y postoperatorias inmediatas

Incluiremos en este apartado todas las complicaciones, no urinarias, que ocurren durante la intervención y en el postoperatorio inmediato.

Infecciones

Al igual que al revisar las complicaciones urinarias no encontramos estudios prospectivos y aleatorios que comparen la histerectomía total, en sus diferentes técnicas, con la histerectomía subtotal. Sin embargo parece razonable pensar que al no poner en contacto la cavidad vaginal con el abdomen, la incidencia de infecciones en la histerectomía subtotal tiene que ser necesariamente inferior al de la histerectomía total.

La fiebre es relativamente frecuente tras practicar una histerectomía total tanto si la vía es vaginal como

Tipo histerectomía	
Lesiones vesicales /n° histerectomías	
Lesiones ureterales/n° histerectomías	
Laparoscópica	
2,2/1.000	
13,9/1.000	
Abdominal total	
1,1/1.000	
0,4/1.000	
Abdominal subtotal	
0/1.000	
0,3/1.000	
Vaginal	
0,2/1.000	
0,2/1.000	

Tabla 1.
Lesiones urológicas en diferentes tipos de histerectomía

abdominal, a pesar de realizar profilaxis antibiótica (hasta un 16%), la incidencia de infección pélvica y de la herida quirúrgica son significativamente más bajas (del 5% y 3% respectivamente)⁹. La incidencia de fiebre cuando la vía empleada es la laparoscópica es significativamente más baja, del 2,7%¹⁰. La menor incidencia de infecciones en la laparoscopia es un hecho que se observa en todo tipo de intervenciones y viene dado por la menor agresión quirúrgica.

En estudios recientes la diferencia de infecciones en la histerectomía total frente a la subtotal no es tan amplia como cabría esperar 3% y 1,4% respectivamente¹¹, probablemente por la mejora en la profilaxis antibiótica.

Hemorragia

El sangrado intraoperatorio excesivo, definido como la pérdida de sangre mayor de 1.000 ml o la necesidad de transfusión sanguínea, es muy poco frecuente en la histerectomía en general. La incidencia de hemorragia intraoperatoria en la histerectomía abdominal total y la vaginal varía muy ampliamente, en diferentes estudios, pero oscila entre 0,2 y el 3,7%¹².

Diferentes estudios han destacado que la pérdida sanguínea es menor cuando la intervención se realiza por vía laparoscópica, sobre todo cuando ésta se realiza conservando el cuello uterino (una pérdida sanguínea media de entre 40 ml a 200 ml)^{13,14}.

En un estudio reciente en que se comparan las hemorragias entre la histerectomía total y subtotal las diferencias no fueron muy amplias del 3% frente al 2%¹¹.

Por tanto, aunque parece que la pérdida sanguínea es menor al realizar una histerectomía subtotal especialmente si se realiza por laparoscopia, las diferencias son pequeñas y no tienen un repercusión clínica.

Lesiones intestinales

Son muy raras en todo tipo de histerectomía, aunque se ha comunicado una frecuencia significativamente mayor en las histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia cuando las comparamos con la histerectomía abdominal, y no hay diferencias respecto a la vaginal. La incidencia es 0,34% en la histerectomía abdominal y 0,7% en la vaginal^{11,15}. No encontramos incidencias respecto a la histerectomía subtotal independientemente de la vía pero la exéresis del cérvix no debe, en principio, suponer un incremento de las lesiones a nivel intestinal, que si puede estar condicionadas por la vía laparoscópica, vaginal o abdominal y por el hecho de tener una cirugía previa o endometriosis que puede comportar la existencia de adherencias intestinales al útero.

Tampoco existen alteraciones a nivel funcional del intestino (constipación) dependiendo de si se conserva o no el cuello uterino⁷.

Menor incidencia de prolapso de cúpula

Algunos autores afirman que al conservar el cérvix uterino se previenen posibles alteraciones del suelo pélvico como el prolapso de cúpula vaginal, ya que se preservan los ligamentos que sostienen el cuello y con él la cúpula vaginal, como los ligamentos uterosacros, los pilares vesicales y los parametrios o ligamentos de Mackenrot. Sin embargo, este beneficio no ha podido ser demostrado, ya que no es infrecuente observar un prolapso del muñón cervical restante después de practicar una histerectomía subtotal. Además al llevar a cabo la histerectomía total ya se toman medidas para prevenir este posible prolapso de cúpula, como la fijación de ésta a los ligamentos uterosacros, obliteración del fondo de saco mediante las técnicas de Halban o Moschowitz o la fijación de la vagina al sacro o al ligamento sacroespinoso, siendo en estos casos la incidencia de prolapso de cúpula vaginal inferiores al 0,5%¹⁶.

Por tanto parece ser que la incidencia del prolapso de cúpula vaginal depende más de una no adecuada valoración previa a la cirugía y la falta de medidas para prevenir ésta que de mantener el cérvix.

Por otro lado sabemos que aún preservando el cuello uterino o realizando medidas para prevenir el prolapso de cúpula vaginal cuando la histerectomía es total, seguimos observando pacientes en las cuales se produce el prolapso de la cúpula vaginal o del muñón cervical, probablemente debido a características constitucionales que hacen que los tejidos sean más laxos y haya una tendencia a la relajación y distensión de las estructuras pelvianas.

Por tanto hacen falta estudios prospectivos y aleatorios que confirmen esta afirmación teórica que ya por pura lógica no parece sostenerse.

Menores alteraciones psicosexuales

Es uno de los argumentos que más se ha utilizado para justificar la práctica de la histerectomía subtotal. En este caso se basan en los trabajos realizados por Kikku, *et al.*¹⁷ y Helstrom, *et al.*¹⁸, en los cuales se estudiaba la vida sexual de las mujeres una vez histerectomizadas, comparando las que se habían sometido a una histerectomía total frente a la que se había practicado una histerectomía subtotal. Estos autores concluían que las mujeres con una histerectomía subtotal tenían una menor frecuencia de dispareunia y una mayor frecuencia de orgasmo en sus relaciones sexuales respecto a las mujeres que habían sido sometidas a una histerectomía total.

Sin embargo al analizar estos estudios encontramos dos importantes defectos metodológicos:

1. Ambos son estudios retrospectivos, lo cual limita de manera importante la evidencia científica que pueden aportar.
2. Y todavía más importante, que no había una valoración previa de la sexualidad de estas mujeres antes de la cirugía y por tanto no se podía diferenciar si realmente existía un deterioro o previamente ya había factores que podían influir en la sexualidad de estas mujeres.

Estudios realizados posteriormente prospectivos y aleatorios^{19,20} en los cuales se analizaban la actividad sexual preoperatoria comparándola con la postoperatoria, no han confirmado el beneficio de la histerectomía subtotal sobre la total sobre la calidad de las relaciones sexuales (frecuencia de coito, del deseo y orgasmo).

Estos estudios^{19,20} llegan a la conclusión que la actividad sexual preoperatoria es el factor principal que condiciona la sexualidad tras la histerectomía, también es importante una correcta información previa a la cirugía por parte del ginecólogo.

No existe una evidencia científica clara de que preservando el cérvix se mejore la sexualidad de la mujer y, por tanto, no debería utilizarse este argumento a la hora de decidir el tipo de histerectomía a realizar.

Estancia hospitalaria más corta y más rápida incorporación a la vida laboral

La tendencia actual en la medicina es reducir, lo más posible, la estancia hospitalaria tras una intervención quirúrgica. Algunos estudios han defendido que las pacientes sometidas a una histerectomía subtotal se recuperan de forma más rápida. En un estudio reciente sobre 437 histerectomías subtotales realizadas por laparoscopia⁶, el ingreso medio, es de 22 horas (10 horas-5 días) y la incorporación al trabajo se produce como media a los 14 días (3-28 días). Aunque los resultados de este estudio son espectaculares, estos son debidos más al empleo de la laparoscopia que a la preservación del cérvix uterino.

Cuando comparamos la estancia hospitalaria de los diversos tipos de histerectomía observamos que la histerectomía abdominal, tanto si se trata de una histerectomía total como subtotal, es la que tiene una estancia hospitalarias más larga, si analizamos la histerectomía por laparoscopia tanto la total como subtotal y la histerectomía vaginal tienen una estancia hospitalaria similar.

En cuanto a la incorporación a la vida laboral y personal normal, la laparoscopia tiene, en general, al ser una cirugía mínimamente invasiva, una recuperación más rápida que cuando se practica una laparotomía o una histerectomía vaginal.

Como conclusión, los días de ingreso y la rápida incorporación al trabajo depende más de la vía de abordaje quirúrgico que de la exéresis o no del cérvix. Hay que tener en cuenta, además, los factores individuales de cada mujer que pueden influir junto con la información aportada por el médico en una más pronta recuperación de la paciente.

Otros factores a tener en cuenta

Me gustaría para finalizar destacar dos aspectos que pueden influir en el clínico a la hora de indicar una histerectomía.

Disminución del cáncer de cérvix. Desde 1950 se inicia una disminución de la prevalencia y de la mortalidad por cáncer de cuello uterino²¹, a pesar de ello sigue ocupando a nivel mundial el 2º lugar en incidencia después del cáncer mama²². La incidencia en España, es una de las más bajas a nivel mundial 8,5 por 100.000 mujeres/año²³. A pesar de ello existen estudios que han observado un nuevo incremento en la incidencia del cáncer de cuello uterino y en especial de algunas formas clínicas como el adenocarcinoma que aparece en mujeres más jóvenes^{24,25}.

También se ha observado un incremento en la lesiones premalignas de cuello uterino que según algunos estudios ha duplicado su prevalencia en la última década²⁶. Una de las posibles causas es el incremento en la prevalencia de las infecciones por el virus del papilloma humano²⁷.

Histerectomía laparoscópica. Queda claro, al revisar la datos aportados sobre la morbilidad, que sobre todo las lesiones a nivel urinario son más altas cuando se realiza la histerectomía por vía laparoscópica. En ello influye sin duda la experiencia del cirujano y el empleo de la coagulación para la sección de los vasos uterinos y ligamentos cardinales, lo cual incrementa el riesgo de un lesión no advertida del uréter⁵. Por ello la histerectomía supracervical por laparoscopia tiene un menor número de complicaciones, sobre todo cuando se realiza por manos no expertas²⁸.

Conclusiones

Las ventajas de la histerectomía subtotal son discutidas por muchos estudios y las complicaciones aunque algo inferiores a las de la histerectomía total no son significativas. Por otro lado hay que tener en cuenta la prevalencia elevada de complicaciones en el muñón cervical restante que pueden llegar 13,3% en algunas estadísticas^{29,30}.

Por todo lo comentado previamente creemos que la histerectomía total es la indicación de elección, para la patología uterina que requiera la extirpación del útero, pero puede aceptarse la realización de una histerectomía subtotal, cuando exista una dificultad técnica quirúrgica manifiesta para extirpar el cuello uterino³¹ o también en el caso de una histerectomía de urgencia por una hemorragia obstétrica en la cual no siempre es fácil, identificar el cérvix, por las condiciones en que se realiza³².

Bibliografía

1. Sutton C. 150 years of hysterectomy: From Charles Clay to the laparoscopic approach. The Historical League to the Royal College of Obstetricians and Gynaecologist 1993. En: *Stud JW ed. The Year Book of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologist*. Londres: Royal College of Obstetrician and Gynecologist 1994.
2. Richardson EH. A simplified technique for abdominal panhysterectomy. *Surg Gynaecol Obstet* 1929;48: 248-51.
3. Hirsch HA, Käser O, Ikle FA. Atlas de Cirugía Ginecológica. *Marban* 1997;123-52.
4. Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1991;51:996-1003.
5. Harkki-siren P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1998;92:113-8.
6. Morrison JE, Jacobs VR. 437 classic intrafascial supracervical hysterectomies in 8 years. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8:558-67.
7. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002.
8. Virtanen H, Makinen J, Tenho T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *Br J Urol* 1993;73:868-72.
9. Hirsch HA. Prophylactic antibiotics in obstetric and gynecology. *Am J Med* 1985;78:170.
10. Harris WJ, Daniell JF. Early complications of laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51: 559-67.
11. Scott JR, Sharp HT, Dodson MK, Norton PA, Warner HR. Subtotal hysterectomy in modern gynecology: a decision analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176: 1186-91.
12. Amirikia H, Evans TN. Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications and risk. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:431-4.
13. Ewen SP, Sutton C. Inicial experience with supracervical laparoscopic hysterectomy and removal of the cervical transformation zone. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101: 225-8.
14. Schwartz RO. Laparoscopic hysterectomy, supracervical vs assisted vaginal. *J Reprod Med* 1994;39:625-30.
15. Stark G. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. En: Stark G, Hrsg Umstreitene. *Probleme I der Geburtshilfe und Gynäkologie*. Nürnberger Symposium. Gräffelfing; Demeter 1984.
16. De Lancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166: 1717-28.
17. Kilkku P, Gronroos M, Hirvonen T, Ravrano I. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy: Effects on libido and orgasm. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;63:147-52.
18. Helstrom L. Sexuality after hysterectomy. A model based on quantitative and qualitative analysis of 140 women before and after subtotal hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994;15:219-29.
19. Strauss B, Jakel I, Koch-Dörfler M, Lehmann-Willenbrock, Giesel L, Seem K. Psychiatric and sexual sequelae of hysterectomy a comparison of different surgical methods. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996;56: 473-81.
20. Alexander DA, Naji AA, Pinion SB *et al*. Randomized trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: Psychiatric and psychosocial aspects *BMJ* 1996;312:280-4.
21. González-Merlo J. Cáncer del cuello uterino. *Folia Clin Obstet Gynecol* 1998;7:8-42.
22. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 18 mayor cancers in 1985. Implication and projection of future burden. *Int J Cancer* 1993;55: 898-903.
23. Bosch FX. Cáncer de cuello uterino. En González-Merlo J, Abad L, Balagueró L, Biete A, Bosch FX, López García G, López García N, Pérez Manga G. *Documentos de consenso SEGO*. Meditex 1997;115-58.
24. Peters RK, Chao A, Mack TM, Thomas D, Bernstein L, Henderson BE. Increased frequency of adenocarcinoma of the uterine cervix in young women in Los Angeles County. *J Natl Cancer Inst* 1986;76: 423-501.
25. Larsen NS. Invasive cervical cancer rising in young white females. *J Natl Cancer Inst* 199;86:6-7.
26. Noller K. Incident and demographic trends in cervical neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1088-90.
27. Franco EL, Villa LL, Richarson H, Rohan TE, Ferenczy A. Epidemiology of cervical human papillomavirus infection. En: Franco EL, Monsonego J. New developments in cervical cancer screening and prevention. *Blackwell Science Ltd* 1997;14-22.
28. Lyons TL. Laparoscopic supracervical hysterectomy. A comparison of morbidity and mortality results with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *J Reprod Med* 1993;38:763-67.
29. Van der Stege JG, Van Beek JJ. Problems related to the cervical stump at follow-up in laparoscopic supracervical hysterectomy. *JSL* 1999;3:5-7.
30. Ewies AA, Olah KS. Subtotal abdominal hysterectomy: a surgical advance or a backward sep? *BJOG* 2000;107: 1376-9.
31. González-Merlo J, González Bosquet E. ¿Histerectomía total o subtotal? *Clin Invest Gin Obst* 1998;25:34-42.
32. Punnonen R, Teisala K, Heinonen PK, Tuimala R, Pystynen P. Subtotal hysterectomy in emergency obstetrics. *Ann Chir Gynaecol* 1984;73:293-5.