

TECNICA DE LA HISTERECTOMIA TOTAL

Dr. MARIO F. OLAZABAL

DEFINICION Y CONCEPTO

Recibe el nombre de histerectomía la extirpación del útero. Si ésta es parcial y deja "in situ" el cuello extirpándose el útero desde el nivel del istmo, recibe el nombre de histerectomía subtotal, ístmica o supravaginal.

Si extirpamos el fondo uterino hablamos de histerectomía fúndica.

La extirpación total del útero, cuerpo istmo y cuello, constituye la histerectomía total.

Cada tipo de histerectomía puede ir acompañada de una ablación parcial o total de los anexos, hecha uni o bilateralmente, y tenemos así distintas combinaciones de histerectomías: con salpingectomías uni o bilateral, con anexectomía uni o bilateral, con ovariectomía parcial o total uni o bilateral.

En el tratamiento del neoplasma uterino (fundamentalmente del cuello) se agrega a la histerectomía total la anexectomía y la extirpación del tejido parametrial, constituyendo la histerectomía radical de Wertheim, y si a ésta se agrega la extirpación del tejido celular y ganglionar pelviano, tenemos la histerectomía radical ampliada u operación de Wertheim-Meigs.

Quedan, por último, una serie de histerectomías parciales que tienen por fin conservar la función menstrual o generatriz. No entraremos en su estudio aquí.

Según sea la vía de abordaje utilizada, se tendrá la histerectomía abdominal o la histerectomía vaginal.

Nosotros vamos a circunscribir nuestra exposición exclusivamente a la histerectomía abdominal y lo haremos así, pues se trata de un Congreso de cirujanos generales acostumbrados a la vía abdominal y en general desconocedores de la vía vaginal.

Por otra parte, el uso de la vía vaginal ha quedado prácticamente circumscripita para los ginecólogos, mientras que frecuentemente el cirujano general se ve precisado a extirpar úteros por la participación primitiva o secundaria de éstos en los procesos regionales.

ANATOMIA QUIRURGICA

Topográficamente la pelvis consta de un cinturón óseo, en el cual el sacro y el coxis están unidos en sus partes laterales a los huesos coxales por formaciones ligamentosas y musculares que los revisten internamente.

La pelvis por abajo está cerrada por el diafragma urogenital principal y accesorio, que constituyen los elementos de sostén visceral pelviano. Por arriba comunica ampliamente con la cavidad abdominal, constituyendo la pelvis, por así decirlo, el fondo de ella.

El peritoneo tapiza todos los órganos pelvianos, pero no llega al piso pelviano y no adhiere tampoco totalmente a cada uno de los órganos, de lo que resulta entonces que entre la serosa y las paredes osteomusculares de la pelvis queda un espacio de gran importancia patológica y quirúrgica, que es rellenado por el tejido celular subperitoneal. En el contenido visceral pelviano, es de importancia fundamental el órgano útero. El es el centro visceral de la pelvis tanto anatómico y funcional como clínico o quirúrgico. Siempre nos tendremos que referir a él. El útero levanta, por así decirlo, el peritoneo y se recubre con él. El peritoneo uterino de sus partes laterales pasa a recubrir los ligamentos redondos, la trompa y el ligamento uteroovárico, constituyendo así los ligamentos anchos.

Queda así dividida la pelvis en un sector visceral anterior ocupado fundamentalmente por la vejiga y un sector posterior ocupado por el recto sigmoide.

El sector medio está representado por el útero y los ligamentos anchos. Los ligamentos anchos entre sus hojas peritoneales contienen tejido celular laxo y algunos vasos.

Pero en la base de los ligamentos anchos el tejido celular subperitoneal se condensa y toma la forma de tejido conjuntivo denso, fibroso y se enriquece con fibras musculares. Este tejido toma inserción a nivel del cuello uterino y cúpula vaginal y desde allí se expande hacia adelante constituyendo los ligamentos pubovesicouterinos, hacia atrás siendo los ligamentos uterosacros y hacia los lados constituyendo el ligamento transverso de Mackenrodt.

En el espesor de los ligamentos vesicouterinos corre el uréter en su recorrido desde el borde lateral del útero a la desembocadura en la vejiga, la arteria vesical inferior y el plexo venoso correspondiente. Es en este tejido y en la parte lateral del útero que corre la arteria uterina que, desde su salida de la hipogástrica, va a abordar el útero a nivel de la unión cervicostigmica.

Muy cerca de esa zona, en plena base del ligamento ancho, se ha establecido el cruce y relación entre la uterina y el uréter.

Este cruce se hace a la altura del orificio interno y a unos 15 mm. del cervix. El uréter adherido a la hoja peritoneal posterior del ligamento ancho, luego de haber entrado a la pelvis, cerca de la bifurcación de las ilíacas llega a la base del ligamento ancho, se relaciona allí de atrás a adelante con el ligamento uterosacro, con la parte lateral del cervix, entrecruzándose con la uterina por debajo de ella y luego de atravesar el ligamento de Mackenrodt se hace anterior, entrando en relación con la vagina a nivel de la cúpula vaginal anterior, terminando finalmente en la vejiga. El uréter ha atravesado así la base del ligamento ancho de afuera a adentro y de atrás adelante, tendiendo cada vez más a hacerse mediano y anterior aproximándose al cuello uterino y a la cúpula vaginal. Este tejido de la base del parametrio no es nada más que una condensación de la fascia endopelviana, homóloga de la fascia endoabdominal que tapiza y fija a los órganos abdominales.

Esta fascia endopelviana tiene expansiones viscerales que tapizan y aíslan a cada uno de los órganos pelvianos. De tal manera que por la fusión de las fascias vesical y cervicovaginal anterior se forma la fascia cervicovesicovaginal y de la fusión de la fascia rectal y vaginal tenemos la fascia rectovaginal.

Lo importante a señalar aquí es que la fascia vesicovaginal separa perfectamente al aparato urinario del genital y que si nos mantenemos por dentro de ella, no corren ningún peligro ni los uréteres ni la vejiga. En este concepto es que se basa, como veremos, la histerectomía intrafascial de Richardson.

Consideraciones del preoperatorio

El preoperatorio de una histerectomía comprende:

- I) Diagnóstico.
- II) Preparación.

I) Diagnóstico.

Se comprende que el diagnóstico lesional debe ser completo, tanto clínico como el que se desprende de exámenes complementarios (colpocitología, exámenes de flujo y hormonales).

Hacemos mención aparte del legrado biópsico, que en gran parte de los pacientes debe ser practicado previamente.

Debe estudiarse también la repercusión regional sobre el aparato urinario (citoscopia, urografía, etc.) y el intestino (radiografía de colon, rectoscopia, etc.).

El estudio completo general de la paciente debe ser realizado y una consulta con internista es de rutina.

II) *Preparación.*

La preparación psicológica de la paciente para la intervención es fundamental, ya que todos conocemos cuanto pesa muchas veces en una paciente y en el matrimonio esta mutilación del aparato genital.

La noche anterior a la intervención, la cena debe ser liviana. El intestino debe estar vacío. Una preparación del intestino puede ser necesaria en aquellas pacientes en que, por la índole del proceso sospechemos adherencias importantes al útero y anexos.

La vejiga debe ser vaciada y la paciente debe concurrir al acto quirúrgico con una sonda vesical abierta.

En la mañana de la intervención debe realizarse una buena desinfección vaginal (irrigaciones de espadol y colocar luego una mecha de gasa yodoformada). Preparación de la piel para la intervención.

Anestesia.— La paciente debe ser examinada por el anestesista y premedicada la noche anterior y en la mañana de la intervención. Nuestra preferencia está por la anestesia general con intubación. Sabemos que ella puede ser realizada con anestesia raquídea, pero dados los importantes adelantos técnico-anestesiológicos, consideramos que en el momento actual la anestesia general es la mejor.

Transfusión.— Si la paciente no tiene anemia, la histerectomía puede ser realizada sin transfusión, reponiendo luego de la intervención la cantidad de sangre perdida. Pero si la paciente es una anémica crónica, una expoliada por las hemorragias repetidas, es entonces necesaria una generosa transfusión intraoperatoria ya que una pequeña pérdida del volumen sanguíneo puede descompensarla.

Posición.— La posición de Trendelenburg es esencial para una buena exposición operatoria.

Vías de abordaje.— En el problema de la vía de abordaje hay solamente dos buenas incisiones: el Pfannestiel y la mediana.

El Pfannestiel, la incisión ginecológica por excelencia, no da lugar prácticamente a eventraciones; es una incisión por otra parte estética, ya que ella puede quedar oculta en la parte superior del monte de Venus o en los pliegues cutáneos de la región.

Tiene como inconveniente que es una incisión de larga ejecución (tanto para la entrada como para el cierre), demanda una hemostasis cuidadosa (para evitar hematomas de la vaina del recto), presupone, dado el decolamiento que se hace, una asepsia casi perfecta sobre todo de la lesión. Tiene también como inconveniente de que si es necesaria una ampliación, se

puede agrandar poco y su luz siempre es menor que la que da una mediana infraumbilical, no permitiendo una fácil exploración del resto del abdomen y por ello tampoco es a utilizar en grandes tumoraciones.

En nuestro medio el Prof. Palma ha descrito una variante de la incisión de Pfannestiel, que permite una mayor amplitud y que da un mayor campo operatorio.

Basado en la disposición anatómica de la vaina del músculo recto y en la dirección de las fibras musculares de los músculos oblicuos y transversos, se puede obtener un campo quirúrgico mucho mayor si disociamos bien arriba el oblicuo mayor y luego el oblicuo menor y transversos, bien por fuera del borde externo de los rectos.

INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL

Es una incisión de fácil ejecución para entrar y salir rápidamente del abdomen, permitiendo una exploración más fácil. Por otra parte, brinda un excelente campo operatorio y siempre puede ser ampliada según las necesidades quirúrgicas de exposición. Por ello es la incisión a utilizar en grandes tumoraciones.

Tiene en su contra que es incisión mucho menos anatómica que el Pfannestiel y que por ello trastorna la funcionalidad de la pared abdominal infraumbilical y da por lo tanto un número mucho mayor de eventraciones y evisceraciones, morbilidad que prácticamente no tiene el Pfannestiel. En la mediana la incisión de la piel debe extenderse desde las proximidades del ombligo al borde inferior del pubis.

La incisión de la aponeurosis tiene los mismos límites que los de la piel, pero en su parte inferior llega al pubis y se hace luego prepúbica.

Este concepto de llevar la incisión por delante del pubis permite una amplia exposición y lo aconsejo a los cirujanos generales que nunca llegan bien abajo en la incisión, hasta hacerla prepúbica.

Las técnicas de estas incisiones están en los tratados corrientes y no hemos querido aquí nada más que insistir en sus ventajas y desventajas para una mejor elección de la vía de entrada.

Llegados al peritoneo y abierto éste, se inicia el tiempo de exposición operatoria. Tiempo de capital importancia. Sólo opera bien el que expone bien. La exposición se consigue con buena relajación anestésica, incisión lo suficientemente amplia, ayudantes y valvas.

Colocamos entonces el separador autostático o un bivalvo y una valva suprapúbica. Rechazamos las asas intestinales hacia

la cavidad abdominal y las mantenemos con tres compresas: una colocada en la F. I. D. y F. D., otra en la región umbilical y otra en la F. I. I. y el F. I. Esto nos lleva a tener una cavidad pelviana y Douglas libre de vísceras. Es fundamental aquí liberar al útero y anexos de sus adherencias pelviabdominales y prepararlos así para la extirpación. La sección y ligadura de las adherencias con vasos, es absolutamente necesaria para evitar corrimientos sanguíneos que expolien inútilmente a la paciente.

Una vez abierto el peritoneo se nos plantean una serie de problemas que vamos a ir resolviendo paulatinamente.

Existen numerosos procedimientos para realizar una histerectomía total y que a menudo no difieren más que por detalles entre sí. La elección del procedimiento adecuado surgirá de la exploración operatoria y del tipo de lesiones a tratar. El primer gesto es explorar la pelvis (útero y anexos) y explorar el abdomen.

Vamos a describir los detalles técnicos de la histerectomía total, según tres métodos. Describiremos a través de esta exposición los tiempos comunes y haremos énfasis en las diferencias.

Existen tres métodos importantes:

- 1) Histerectomía total extrafascial.
- 2) Histerectomía total intrafascial.
- 3) Histerectomía total por decorticación.

1) Se toma al útero con pinzas de Kocher o de ligamento ancho a nivel de la inserción de los ligamentos redondos, trompas uterinas y del ligamento uteroovárico. Es fundamental tomar bien el útero para ejercer luego una tracción correcta. Consideramos que no es necesario, porque desgarran la víscera, la toma con pinzas de Musset. La toma del útero con un histerolabo tiene el inconveniente que éste molesta por su volumen. La dirección de la tracción del útero para una buena exposición constituye un arte. No sólo la tracción sino también la rotación facilitan la histerectomía y el abordaje de los distintos pedículos uterinos. Debe saberse que estas maniobras, muy útiles, tienen sus peligros si no son realizadas con la suavidad y cuidados necesarios.

2) La extirpación del útero debe realizarse por ligadura ordenada y escalonada de cada uno de sus pedículos. Comenzando por el lado derecho, mientras el ayudante tracciona el útero hacia arriba y a la izquierda imprimiéndole una rotación que lleva la cara anterior del útero a la izquierda, se toma el anexo con una pinza de corazón y queda tenso el ligamento lumboovárico o infundibulopélvico. Se hace sección del ligamento entre dos ligaduras, una interna y otra externa. Es conveniente el control del uréter transparentado a través del perito-

neo y adherido a la hoja posterior del ligamento ancho, pues si se toma el pedículo lumboovárico cerca del estrecho superior y se hace una ligadura tomando muchos tejidos, puede ser incluido y lesionado; lo mismo ocurre cuando el anexo ha sufrido lesiones inflamatorias y se encuentra adherido a la hoja posterior del ligamento ancho: debe desprenderse con cuidado y en caso de duda buscar el uréter y disecarlo para poder estar seguros de no incluirlo en la ligadura.

3) Si no se extirpan los anexos, la ligadura de los ligamentos uteroovárico y tubouterino se hace a unos 2 cm. del útero conservando los anexos, cuidando de no incluir el ovario en su polo interno porque al ajustar la ligadura se corta y sangra.

4) Se incinde el peritoneo hasta las proximidades del ligamento redondo y se liga y secciona éste entre ligaduras, haciéndolo cerca del útero.

5) Poniendo tensos los pedículos y traccionándolos al mismo tiempo que se tracciona el útero hacia el promontorio, quedan en evidencia las hojas peritoneales del ligamento ancho. Se secciona la anterior desde el ligamento redondo hacia el fondo de saco vesicouterino, utilizando la zona laxa y libre del espacio vesicouterino que se decola abriendo y cerrando la tijera.

6) Se repite del otro lado la ligadura y sección de los ligamentos redondos, útero o lumboováricos, y se realiza la sección del peritoneo anterior del mismo modo.

7) Se procede a decolar y movilizar la vejiga en la línea media y lateralmente, mientras un ayudante tracciona el útero hacia el promontorio. La separación hecha con pequeños movimientos de divulsión con tijera y eventual sección de los tractos pubovesicouterinos o con torunda de gasa montada, utilizando el espacio clivable y laxo vesicocervical, deja al descubierto la blanca y brillante fascia cervical. En casos de pacientes operados anteriormente, pacientes a quienes se les ha hecho una miomectomía múltiple y una peritonización a la Pestalozza, cesareadas anteriores, correcciones de retroversión uterina o que tienen una endometriosis, o han sufrido de procesos inflamatorios o tienen miomatosis ístmicas o cervicales, la vejiga puede estar colocada muy alta y puede ser herida al seccionar el peritoneo e intentar separarla. Por lo tanto, esta separación en estos casos debe ser cuidadosamente hecha.

8) Sección del peritoneo posterior hasta las proximidades de los ligamentos uterosacros junto con la fascia cervical.

9) La sección del pedículo uterino debe ser realizada también entre dos ligaduras y se liga y secciona a los vasos uterinos en el momento en que éstos de horizontales se hacen latero-uterinos, ascendiendo en el borde lateral del útero. En nuestro medio hay ginecólogos que antes de ligar el pedículo uterino y seccionar el ligamento de Mackenrodt, descubren sistemática-

mente el uréter. Se puede ligar la uterina sin colocar pinzas, directamente con un pasahilos o colocando pinzas de Faure cuya curvatura mirará siempre hacia el útero. Luego se separan algo, Hasta aquí las tres técnicas son similares, pero el problema que plantean las lesiones vesicales y ureterales, de mucha mayor morbilidad en la histerectomía total que en la subtotal, es lo que ha aguzado el ingenio de los cirujanos buscando encontrar técnicas que permitan una seguridad mayor de esas estructuras. Describiremos primero la técnica de la *histerectomía total intra-fascial*.

10) Ligados los pedículos uterinos se prosigue con el dedo o torunda de gasa montada o pequeños movimientos de divulgación con la tijera, la separación de la vejiga del cervix y de la vagina, llegando en su límite inferior a la altura del fondo de saco vaginal. Queda así descubierta perfectamente toda la fascia vesicocervicovaginal, que en la técnica es necesario separar para realizar la histerectomía por dentro de ella. Sabemos que los vasos uterinos, el uréter y la vejiga quedan por fuera; por lo tanto, al seccionarla y separarla del cuello, estas estructuras quedarán protegidas por ellas.

11) Richardson, el creador de la técnica, hace una incisión en T cuya rama transversal está a nivel del cervix y la vertical desciende por el cuello y la vagina en sus partes medias. La separación de la fascia del cuello y vagina origina a veces molestas hemorragias por los plexos venosos allí contenidos, pero si la uterina ha sido seccionada al nivel que hemos dicho y la separación de la fascia se hace con la disección roma del dedo, ésta nunca será importante.

12) Luego se secciona la fascia en la pared uterina posterior. El ayudante tracciona el útero bien contra la sínfisis y el cirujano incide el peritoneo posterior y la fascia justo por encima de la inserción de los ligamentos uterosacros. Separa esta capa de peritoneo y fascia hasta la cúpula vaginal posterior, ligando entonces los ligamentos uterosacros. La ligadura de estos ligamentos debe realizarse cerca del útero, recordando que el uréter se encuentra cerca de ellos.

13) Queda entonces el útero traccionado de ambos lados por los ligamentos cardinales. Traccionando la uterina derecha hacia la derecha y el útero arriba y a la izquierda, se pone en evidencia el ligamento cardinal derecho por dentro de la fascia; se toma con una pinza de Faure, se secciona y se liga. Se repite la operación con el lado izquierdo. Queda entonces el útero prácticamente libre y prendido de la cúpula vaginal.

14) Se incide la pared vaginal en el punto de unión con el H. de Tenca y se toma la "tranche" con cuatro pinzas, dos en las comisuras y dos en las partes medias de las paredes vaginales anterior y posterior.

15) Se deja, al abrir la vagina, una gasa con mercurocromo que se retira luego de terminada la operación.

16) Se cierra el muñón vaginal, sustituyendo las pinzas por catgut crómico N° 1. Luego se cierra la fascia con otra línea de suturas por encima. Los puntos comisurales toman además los ligamentos de Mackenrodt y ligamentos uterosacros en uno de sus pasajes, tratando que el aparato de sostén de la cúpula vaginal quede íntegro. Sobre el problema del cierre total de la vagina mucho se ha discutido. Nosotros en la actualidad cerramos prácticamente siempre la vagina. Sólo cuando ha habido procesos inflamatorios pelvianos muy importantes drenamos la pequeña pelvis por un drenaje transvaginal, que es el drenaje ideal de la pelvis por el punto declive. Si la hemostasis ha sido dificultosa o existe un babeo sanguíneo subperitoneal que no cede a la compresión, también realizamos un drenaje subperitoneal; realizamos entonces un cierre parcial de la vagina. Pero la tendencia actual es realizar el cierre total. Antes de entrar a peritonizar hacemos un completo control de la hemostasis para evitar pequeños derrames sanguinolentos en el subperitoneo. El otro elemento a controlar es el uréter. Corrientemente hacemos un control palpándolo sin disecarlo en todo su recorrido pelviano, pero a la menor duda lo descubrimos y lo seguimos en todo su trayecto tratando de demostrar su total integridad.

17) Posteriormente se fijan a las comisuras el ligamento redondo para darle un mayor soporte a la cúpula vaginal.

18) Se realiza luego la peritonización con un surjet de catgut cero, peritonización cuidadosa, dejando todos los pedículos extraperitoneales y tratando que no quede ningún receso sin peritonizar. Hay que recordar que la adherencia del intestino a zonas desperitonizadas del fondo pelviano, es una de las causas de oclusiones postoperatorias precoces o tardías. También en esta maniobra puede tomarse el uréter si no se tiene cuidado, pues el ligamento lumboovárico se retrae y el borde peritoneal se retrae contra la pared pelviana. Debe siempre hacerse un estudio macroscópico anatomopatológico de la pieza extirpada, abriendo la cavidad uterina para comprobar el diagnóstico y descartar procesos malignos. Esta técnica se ha dicho que posee las siguientes ventajas:

- 1) el de mantener todo el anillo de inserción tendinoso de la cúpula vaginal y del cervix y evitar el posterior prolapso de la vagina;
- 2) el de no tener morbilidad operatoria en cuanto a la lesión de vejiga y uréteres;
- 3) es una técnica fácil y que puede hacerse con muy poca pérdida de sangre.

Histerectomía total extrafascial

19) Una vez que se han seccionado y ligado las arterias uterinas, se continúa contra el borde uterino hacia abajo, liberando al pedículo uterino y teniéndolo tenso de tal manera que se puede colocar una pinza por dentro de la arteria uterina.

20) Se libera bien abajo la vejiga en la parte media y en los costados junto a la vagina.

21) Luego se procede a llevar el útero contra la sínfisis y a seccionar el peritoneo posterior horizontal en la línea media, separando el peritoneo y el recto de la vagina. Se toman entonces con pinzas los ligamentos uterosacros contra el útero, se seccionan y seligan.

22) Se pinzan y seccionan los ligamentos cardinales, generalmente haciéndolo entre ligaduras y tomándolo en dos veces, tomando la segunda pinza la parte superior del paracolpos.

23) Se secciona y abre la vagina desinfectándola. Se realiza luego cierre primario de la vagina y se continúa luego con los mismos tiempos y precauciones descritos para la histerectomía intrafascial.

Histerectomía total por decorticación

Para evitar el prolapso de la cúpula vaginal es que Tejerina ideó esta técnica de la histerectomía por decorticación.

Siguiendo a Borrás en la descripción, "esta técnica prepara un anillo muscular a la altura del istmo uterino, manteniendo la estática pelviana, ya que se conservan íntegramente todos los elementos de la fascia endopelviana. El riesgo de herir la vejiga y uréteres no cuenta, ya que el cirujano trabaja esculpiendo un plano dentro de los límites del cervix, dejando entre éste y los elementos citados un manguito muscular que, una vez suturado servirá de cúpula al muñón vaginal. Por otra parte, las más importantes estructuras de sostén de los órganos genitales con esta técnica quedan intactos, ya que la amputación del útero se efectúa por sobre el nivel de inserción de los ligamentos pubovesicouterino, Mackenrodt y uterosacros". En la técnica se procede igual que en las anteriores, hasta la ligadura de uterinas y sección del peritoneo posterior.

24) Por encima de la ligadura de la arteria uterina se efectúa un corte de unos milímetros sobre el propio istmo uterino. Corte circular alrededor de todo el cuello. El cirujano tracciona el útero en sentido opuesto a donde realiza el corte. "La tracción que se ejerce en forma sostenida hacia arriba del cuerpo uterino hace que se vaya evertiendo el manguito seccionado y señalando al mismo tiempo los siguientes cortes a practicar."

25) Llega un momento en que se recibe la sensación de órgano hueco; tenemos ahí la inserción del cuello en la vagina. Tomando con una pinza el anillo muscular, se procede a abrir la vagina extirpando el útero.

26) Se procede a cerrar la vagina con puntos separados. El anillo fibromuscular se cierra también con puntos separados. La intervención continúa luego con los mismos tiempos de las otras histerectomías.

Histerectomías atípicas y casos especiales

Podemos decir que la mayoría de los procesos patológicos del útero que necesiten una extirpación del órgano, puede realizarse con algunas de las técnicas anteriormente descritas. Pero a veces el proceso patológico del útero obliga a realizar un cambio en la técnica; así ocurre en casos con importantes procesos inflamatorios y adherencias periuterinas, miomas incluidos en el ligamento ancho. Así tenemos:

1) Casos en que es difícil exponer el cuello uterino porque el campo operatorio está ocupado por un mioma corporal, por ejemplo; se recomienda realizar una histerectomía subtotal y luego extirpar el cervix. Es la *histerectomía subtotal totalizada*.

2) En procesos salpingoováricos bilaterales se puede realizar la hemisección del útero y extirpar luego cada mitad con el anexo correspondiente. Hay que descubrir cuidadosamente los vasos uterinos.

3) A veces es necesario realizar algunas miomectomías y luego realizar la histerectomía.

4) Apertura de la bóveda vaginal anterior o posterior y luego extirpar el útero a lo largo de sus bordes. Queda por último decir algo de la histerectomía vaginal. La vía vaginal tan discutida por los cirujanos generales es una vía de excelente tolerancia para la enferma y, llenadas una serie de condiciones, puede realizarse sin peligros.

Cuidados postoperatorios

Son los corrientes en cirugía abdominal. La paciente debe ser generosamente calmada en las primeras veinticuatro horas. Puede levantarse y deambular después de las veinticuatro horas. En las seis horas que siguen a la intervención se inicia la ingestión de líquidos. Toda paciente a la que se le realizó una histerectomía, tiene que medírsele la diuresis en las primeras veinticuatro horas. Nosotros no administramos sistemáticamente antibióticos, aunque ello no tiene inconvenientes mayores. Podemos decir que estas intervenciones realizadas hoy en día por técnicas regladas y con buenas anestias, son prácticamente sin morbilidad y casi sin mortalidad operatoria y postoperatoria.