

Tres técnicas quirúrgico-ginecológicas originales

Enrique O. Samayoa M*

RESUMEN: Se presentan tres procedimientos quirúrgicos ginecológicos sencillos 1.- Ligadura helicoidal para hemostasis en el extremo proximal del ligamento ancho uterino durante la hysterectomía abdominal total (HAT) 2.- Al hacer una HAT y después de efectuar la salpingooforectomía, suspensión de los anexos apartándolos del área quirúrgica. 3. Identificación y tracción del peritoneo anterior durante la hysterectomía vaginal.

Palabras clave: Ligadura helicoidal. Salpingooforectomía. Peritoneo anterior.

SUMMARY. Three interesting surgico-gynecological techniques are presented, all of them created by the author in order to facilitate the procedure. 1- Helicoidal stitch in the broad ligament. 2- Suspension of the adnexae during the abdominal hysterectomy. 3. Identification of the anterior peritoneum in the vaginal hysterectomy.

Keywords: Helicoidal stitch. Salpingophorectomy. Anterior peritoneum.

INTRODUCCIÓN

Hace más ó menos dos décadas en mi experiencia como cirujano ginecoobstetra, me he visto afrontando a circunstancias que me han hecho improvisar primero y después perfeccionar 5 técnicas quirúrgicas, todas ellas no las había visto practicar ni en el exterior ni en nuestro país, por lo

que las considero originales y de haber otro colega que haya tenido la feliz coincidencia de conocer o haberlas practicado, mucho agradeceré me lo comunique o lo publique.

Dos procedimientos fueron publicados en esta revista: el primero, el punto en "T"¹ para el cierre de la piel, el segundo, una técnica de esterilización quirúrgica.²

DESCRIPCION DE LAS TÉCNICAS

1. Punto helicoidal para la hemostasis del extremo proximal del ligamento ancho, seccionado durante la hysterectomía abdominal total (HAT).

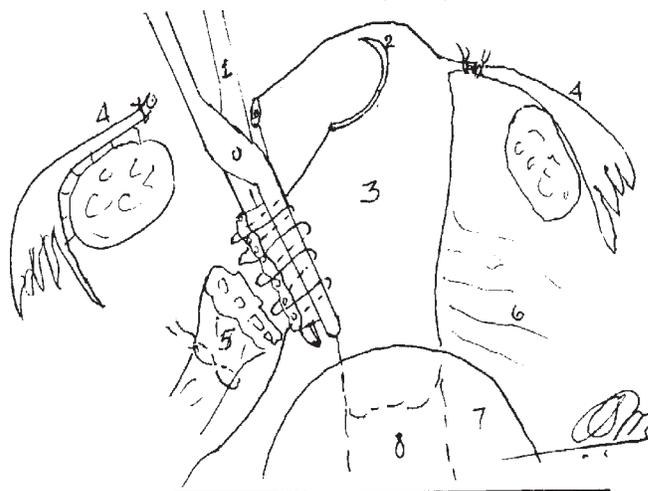


Figura No. 1. El ligamento ancho seccionado, viéndose el extremo distal ligado y el proximal aún con la pinza, con el punto helicoidal.

Numerales: 1. Pinza de Kocher, 2- Aguja de sutura. 3.- Utero, 4. Anexo Uterino, 5.- Extremo proximal del ligamento ancho derecho, 6. Ligamento ancho izquierdo pendiente de ser cortado, 7.- Vejiga, 8. Vagina.

* Gineco-Obstetra. Clínicas Médicas. Col., San Carlos, Blvd. Morazán, Tegucigalpa, A.M.D.C.

Dirigir correspondencia: al correo electrónico: esamayoa@multivisiónhn.net

Como el espesor de los tejidos que quedan adheridos a la cara lateral del útero, cuando el ligamento ancho se ha seccionado, es muy ancho y corto, los puntos de sutura ligadura que se aplican por lo general son poco confiables porque tienden a deslizarse o soltarse. Para garantizar una hemostasis adecuada se hace lo siguiente: como se ve en la Figura No. 1, se hace una sutura helicoidal con puntos profundos, no apretados, alrededor de la pinza, por lo general una Kocher, con que se toma el extremo uterino del ligamento ancho, se hace puntos flojos para que no haya dificultad en extraer la pinza y al hacerlo, se procede de inmediato a tirar de los extremos y se anudan. De esta manera no se ha presentado el incidente desagradable de que se suelte la sutura ligadura.

2. Suspensión de anexos durante la histerectomía abdominal total. Por lo general durante el proceso de hacer una HAT se hace suspensión del cuerpo uterino con un hysterolabo o utilizando un punto de tracción como se ve en la Figura No. 2. Cuando se cortan los anexos del ligamento infundíbulo pélvico, estos quedan colgando del cuerpo del útero e interfiriendo con el procedimiento. La técnica que se describe es muy sencilla y consiste en anclar los extremos de la sutura ligadura con que se sostienen los anexos seccionados, a los hilos de suspensión del fondo uterino, de esta manera queda despejada el área de trabajo.

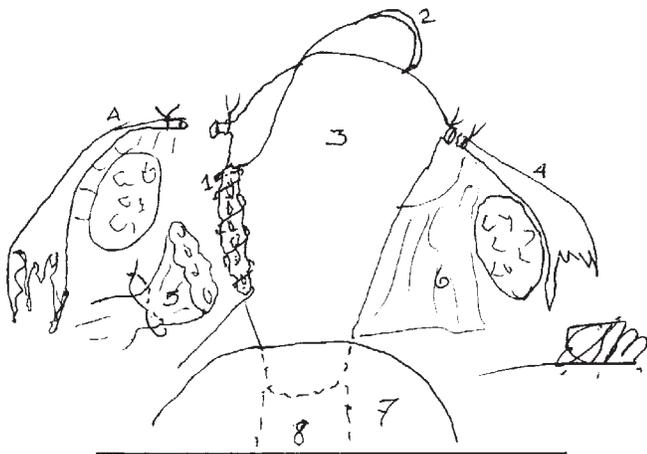


Figura No. 2. La pinza Kocher se ha retirado, ligamento ancho aparece con la sutura ligadura pendiente de anudarse, garantizando la hemostasis

Numerales: 1.- Ligamento ancho ligado, 2.- Aguja de sutura, 3.- Útero, 4.- Anexos, 5.- Ligamento ancho cortado y ligado, 6.- Ligamento ancho intacto, 7.- Vejiga, 8.- Vagina.

3. Identificación y tracción del peritoneo anterior después de la remoción del útero en la histerectomía vaginal (HV) (ver Figura No. 3).

Cuando se hace una HV, uno de los primeros pasos es el de acceder al peritoneo vesico uterino inmediatamente después de disecar la pared vaginal anterior. De inmediato se abre el peritoneo y se le aplica una sutura referencia larga con una pinza hemostática en su extremo. Lo que sucede es que durante los dos tercios del resto de la cirugía ese punto de referencia con frecuencia termina desgarrando el peritoneo que lo sostiene y por supuesto se pierde la referencia. Para evitar tal contratiempo lo que recomiendo es abstenerse del paso anteriormente descrito, dejar libre el peritoneo y una vez que se ha retirado el útero proceder de acuerdo con la técnica según lo ilustran las Figuras 4-7.

La figura No. 4 se presenta para recordar como el peritoneo va de anterior, peri uterino a peritoneo posterior.

La figuras No. 5 demuestra la ausencia del útero identificándose la discontinuidad del peritoneo dejando un hiato entre el peritoneo anterior y posterior.

La figuras No. 6 ilustra como se procede una vez extraído el útero y para poder cerrar el hiato del peritoneo. Se in-

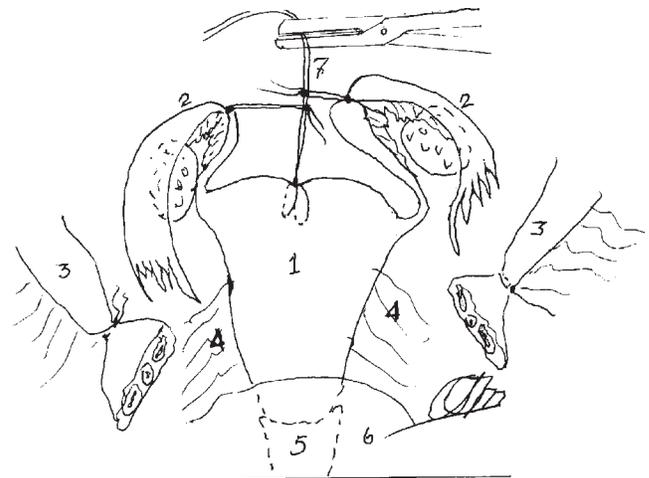


Figura No. 3. La pinza con sutura que tracciona el fondo del útero, con anexos suspendidos por la sutura de tracción.

Numerales: 1.- Útero, 2.- Anexos suspendidos, 3.- Ligamentos infundíbulo pélvicos cortados y ligados, 4.- Ligamentos anchos pendientes de cortar, 5.- Vagina, 6.- Vejiga.

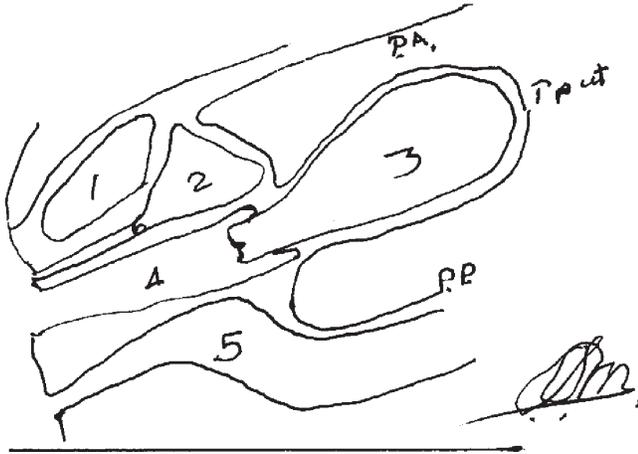


Figura No. 4. Demuestra la continuidad del peritoneo, de anterior pasa a cubrir la superficie uterina y se convierte en peritoneo posterior.

Numerales y siglas: 1.- Pubis, 2.- Vejiga, 3.- Utero. 4. Vagina, 5. Ampolla rectal, P. A.- Peritoneo anterior, P.P.- Peritoneo posterior, P. p. ut.- Peritoneo peri uterino.

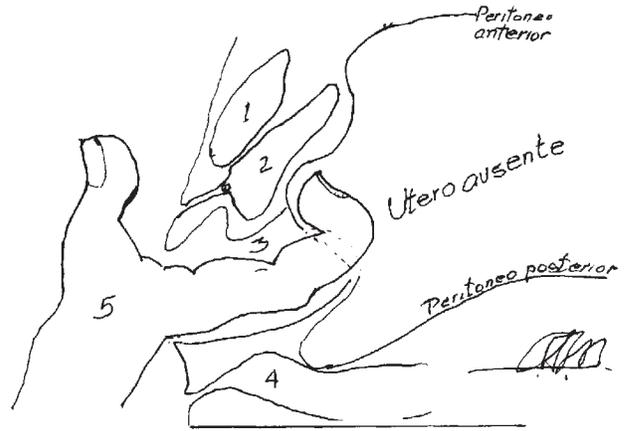


Figura No. 6. Dedo índice flexionado identificando el extremo del peritoneo anterior, inmediatamente inferior a la vejiga.

Numerales: 1. Pubis, 2. Vejiga, 3. Vagina, 4. Ampolla rectal, 5. Mano del cirujano.



Figura No. 5. Demuestra la interrupción del peritoneo después de la remoción del útero.

Numerales: 1.- Vagina, 2.- Vejiga, 3.- Ampolla rectal, 4. Pubis, 5. Area de interrupción del peritoneo, 6. uretra.

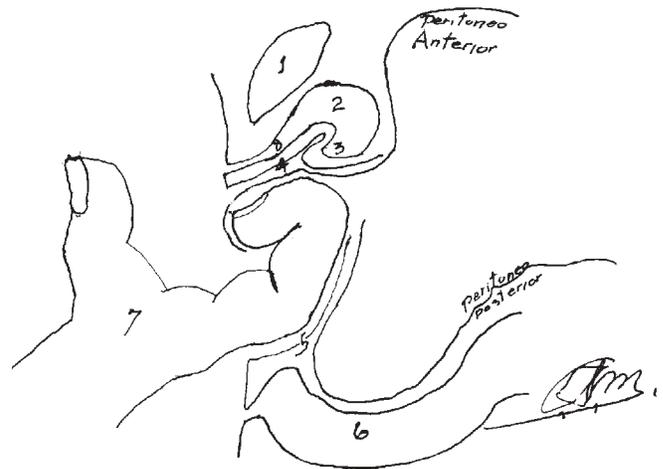


Figura No. 7. El dedo índice, muy flexionado, extrayendo el peritoneo a nivel de introito, para ser suturado con cerclaje o puntos separados.

Numerales: 1. Pubis, 2. Vejiga, 3.- Cistocele, 4.- Pared anterior vaginal, 5.- Pared posterior vaginal, 6.- Ampolla rectal, 7.- Mano del cirujano, 8 uretra.

troduce el dedo índice hasta por encima del borde del peritoneo anterior y una vez localizado se dobla la falangeta haciendo de ella como un gancho con la que se hala el borde peritoneal.

La figura No. 7 muestra que con el dedo índice bien flexionado se hala el peritoneo hasta el introito, para proceder entonces a iniciar su fijación y abocamiento al borde del peritoneo posterior, cerrando el hiato peritoneal con puntos, de cerclaje o puntos separados según la técnica del cirujano.

CONCLUSIONES

La originalidad de las técnicas se deduce porque nadie me las enseñó y nunca he visto publicación similar. Como se apuntó previamente van mis disculpas para quien tenga una experiencia similar y si hace una aclaración vendría a enriquecer el tema. Todas las ilustraciones fueron hechas por el autor, por eso llevan al pie del dibujo una firma corta que dice: E.S.M.

REFERENCIAS

1. Samayoa E. Punto en T: una nueva modalidad en la sutura subcuticular. *Rev Med Hondur* 1999; 67: 201-203.
2. Samayoa E. Esterilización tubárica: una técnica quirúrgica original. *Rev Med Hondur* 2002; 70: 70 -73.

