

# Histerectomía vaginal Vulvectomía radical

Salmeán



**HISTERECTOMÍA VAGINAL  
VULVECTOMÍA RADICAL**

Monografías  
en cirugía  
ginecológica

# HISTERECTOMÍA VAGINAL VULVECTOMÍA RADICAL

Dr. JAVIER MARTÍNEZ SALMEÁN

Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología  
*Hospital Severo Ochoa*  
Leganés (Madrid)

La *Anatomía Descriptiva* ha sido supervisada por:

PABLO E. GIL LOYZAGA  
Profesor titular de Ciencias Morfológicas  
de la Facultad de Medicina  
*Universidad Complutense de Madrid*

 ANORA S.A.

Con la colaboración de:

Laboratorios **Beecham S.A.**

© Javier Martínez Salmeán - 1992

ANCORA, S.A.  
Pau Claris, 151 - Barcelona (Spain)

Reservados todos los derechos  
D.L.: B.-18.382-1992  
I.S.B.N.: 84-7537-132-9 (I)

Impresión: BIGSA - Barcelona

## PRÓLOGO

A pesar de vivir en la época audiovisual, la pedagogía de la medicina sigue haciéndose básicamente según los métodos tradicionales, incluso en las disciplinas quirúrgicas donde la imagen móvil debería desplazar al texto y a esa abstracción de la realidad que es el esquema. Esta obra sobre cirugía ginecológica en la que se combina la erudición de la investigación histórica con los esquemas esclarecidos de los tiempos más importantes, la realidad filmada en vídeo, constituye un enfoque original de cómo será la enseñanza de la cirugía en los años venideros.

En este vídeo-texto se presenta la técnica de dos de las intervenciones más representativas de la cirugía ginecológica: la histerectomía vaginal y la vulvectomía ampliada. La mayoría de los ginecólogos jóvenes están habituados a la vía abdominal, siendo pocos los que dominan la técnica de la histerectomía vaginal, a pesar de que esta última tiene ventajas incontables; esta obra puede constituir una ayuda para todos aquellos que deseen familiarizarse con la técnica de la histerectomía vaginal. La vulvectomía es una intervención que no todos los ginecólogos pueden ver habitualmente y mucho menos practicarla, sobre todo en su modalidad más radical: el vídeo muestra con suma claridad los distintos tiempos y la realidad de esta intervención tan mutiladora.

La obra permite conocer la teoría de las técnicas que están muy bien pautadas de tiempo, descritas en un claro y conciso texto que se apoya en esquemas demostrativos, realizados de forma impecable. La realidad de la filmación da a la explicación libresca el realismo de los tejidos vivos con sus planos de clivaje y vascularización.

Este vídeo-texto muestra de forma clara y precisa la teoría de las dos técnicas junto con la realidad de las intervenciones. Por ello creo que es una obra recomendada para todos los ginecólogos y de forma especial para aquellos que están en período de formación.

**Prof. Pedro de la Fuente.**

Madrid, 1992

*José Miguel Castillo Ortega  
en tu recuerdo*

# ÍNDICE

PRÓLOGO .....	5
RECUERDO HISTÓRICO DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL	
Antecedentes históricos .....	11
Los precursores .....	12
Los pioneros .....	14
Escuela francesa .....	15
Escuela vienesa .....	18
La histerectomía vaginal en la España del XIX .....	21
Escuela madrileña .....	22
Escuela catalana .....	22
Cirugía contemporánea .....	23
ANATOMÍA DESCRIPTIVA PARA LA HISTERECTOMÍA VAGINAL .....	25
DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN .....	41
Histerectomía vaginal .....	41
Disección vesíco-vaginal .....	48
Disección de la plica vesíco-uterina .....	49
Pinzamiento de los pilares de la vejiga .....	51
Apertura del Douglas posterior .....	52
Pinzamiento de los parametrios posteriores o útero-sacros y de los parametrios laterales, cardinales o Mackenrodt .....	54
Apertura del peritoneo anterior .....	56
Volteo del útero .....	57
Pinzamiento de los vasos uterinos y de los pedículos útero-ováricos y redondos .....	59
Peritonización .....	62
Fijación de los pedículos a la cúpula vaginal .....	63
Corrección del cistocele y cierre de la vagina .....	66
Postoperatorio .....	68
RECUERDO HISTÓRICO DE LA VULVECTOMÍA	
Antecedentes históricos .....	73
Los precursores .....	73
Los pioneros .....	76
Cirugía contemporánea .....	77
ANATOMÍA DESCRIPTIVA PARA LA VULVECTOMÍA RADICAL .....	79

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN .....	89
Vulvectomía radical .....	89
Colocación de la enferma para la disección inguinal .....	89
Técnica quirúrgica .....	90
Realización de colgajos cutáneos .....	90
Ligadura de la vena safena .....	95
Localización y apertura de la fascia lata o cribiforme .....	95
Linfadenectomía superficial y profunda en bloque .....	95
Biopsia del ganglio de Cloquet .....	98
Trasposición del músculo sartorio .....	98
Vulvectomía .....	98
Cierre de la herida .....	106
APÉNDICE .....	
Linfadenectomía pélvica extraperitoneal .....	109
Técnica .....	109
BIBLIOGRAFÍA .....	117
COLABORADORES .....	121

# RECUERDO HISTÓRICO DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL

## Antecedentes históricos

La anécdota y la curiosidad son los protagonistas cuando profundizamos en los relatos que sobre el aparato genital femenino y sus disturbios han salpicado las publicaciones referidas al noble arte de sanar.

En el Papiro de Ebers, 1200-1000 a. de J.C., se recomiendan las fumigaciones fétidas que, al provocar olores repugnantes, son capaces de repeler la víscera prolapzada y ahuyentarla hacia el interior del abdomen.

Temison de Laodicea, 123-43 a. de J.C., en una línea parecida justifica las fumigaciones fétidas para resolver el prolapso uterino y afirma: «*La matriz, víscera muy parecida a un animal*»... y termina «*se complace con los olores fragantes y avanza hacia ellos, en cambio tiene aversión por los hedores y los rehúye; en conjunto, la matriz es como un animal dentro de otro*».

Aunque clásicamente se considera a Berengario de Carpi como el primer cirujano que realizó una histerectomía vaginal en los albores del siglo XVI, de la lectura de los escritos que nos dejó su hijo Jacobo Berengario de Carpi parece desprenderse que no fue el útero lo que extirparon, si no quizá pólipos o una parte del muñón cervical.

Es cierto que con la llegada del Renacimiento, surgió la escuela de Padua a la que pertenecía el famoso Andrés Vesalio (1514-1564), cuyo libro *De humani corporis fabrica libri septem*, impreso en Basilea en 1543, determinó un cambio radical en la manera de abordar la investigación anatómica.

En el ambiente italiano de la época, resplandeció con luz propia el gran anatomista español Valverde de Hamusco, nacido en la villa palentina de Amusco en 1525 y muerto en Italia en 1588.

Valverde desarrolló toda su actividad en Italia, y en 1556 publicó un renombrado libro, *Historia de la composición del cuerpo Humano*, que fue considerado una obra maestra por los postvesalinos, y que, junto con la obra de Vesalio *La fábrica* fue muy importante durante los siglos XVI y XVII. Una de las últimas reimpresiones de este libro se realizó en Venecia en 1682.

El libro tiene unos fundamentos correctos en lo que se refiere a la parte muscular y ósea, pero, como es lógico, la parte funcional está llena de interpretaciones pintorescas.

El aparato genital interno está bien descrito desde el punto de vista estructu-

ral; en el capítulo XIV del libro III comenta: «la madre (el útero) está situada... y se divide en cuello y hondón o cuerpo».

«La madre está atada por unas ataduras tan flojas que fácilmente baja o sube, más o menos según si el cuello della se estiende o se encoge».

Bien es cierto que entre las fumigaciones, oscuros relatos, y las más acertadas recomendaciones anatómicas de Vesalio y Valverde de Hamusco, el tiempo avanza hasta situarnos en el siglo XIX, considerado como el siglo de los cirujanos anatomistas.

Baltasar de Viguera con su obra *Fisiología y Patología de la Mujer*, fechada en 1827, nos permite observar los escasos conocimientos de que disponían los cirujanos hace tan sólo 150 años.

Baltasar de Viguera relata, desde su particular visión, los diferentes avances realizados en la técnica de la histerectomía vaginal, y sus contradicciones nos llevan a cerrar un largo capítulo de la historia, rico en anécdotas pero muy pobre en avances quirúrgicos para, de la mano de los precursores, avanzar en el siglo XIX.

## Los precursores

El desarrollo del arte quirúrgico ha dependido, a lo largo de la historia, de factores que han determinado su avance o su estancamiento. Del mismo modo que las técnicas quirúrgicas avanzaron en la mitad del siglo XX gracias al desarrollo y al perfeccionamiento de las técnicas de anestesia, de los materiales e instrumental quirúrgico, de la contribución de la era antibiótica y de la perfusión I.V., en los comienzos del siglo XIX la cirugía se apoyaba en los conocimientos anatómicos que adquirieron los cirujanos en los cuartos de disección trabajando sobre cadáveres. No podemos dejar de recordar cómo los cirujanos clínicos aprendían en los cadáveres y aplicaban posteriormente sus conocimientos, práctica habitual de los cirujanos de la época que permitió que Ignaz Philipp Semmelweis nos dejara la historia más dramáticamente bella del siglo XIX.

Semmelweis, precursor de los grandes epidemiólogos del siglo XX, descubrió el origen de la fiebre puerperal en sus propias manos, que pasaban directamente de las salas de disección a las salas de parto. Debido a su culpabilidad y a su condición de extranjero en la Viena del siglo XIX, sólo encontró incompreensión entre la medicina oficial, y su dramática muerte como consecuencia de una picadura anatómica en la mesa de disección, con un cuadro clínico similar al que tantas veces había descrito en las enfermas que morían de fiebre puerperal, no le permitió ver cómo triunfaban sus teorías, muriendo sin saber que sus descubrimientos fueron aceptados unánimemente y que el reconocimiento a su dramática figura se mantendrá a través de los siglos venideros.

Este reconocimiento de la figura de Semmelweis es también un homenaje a los anatomistas que marcaron las pautas a los cirujanos de la época. Los precursores de la histerectomía vaginal no tuvieron demasiada suerte con las conclusiones de los anatomistas, ya que despreciaban la vascularización parametrial, ovárica y uterina. A su juicio, y según palabras de Sauter: «*Numerosas observaciones en cadáveres han demostrado que los vasos de los ligamentos uterinos, en particular las arterias fuera del embarazo, son tan pequeñas que no precisan restañarse*».

Esta concepción anatómica y la falta de instrumental que permitiera el pinzamiento de los pedículos vasculares fue determinante en el fracaso de los precursores.

Langenbeck (1776-1851) abordó a comienzos del siglo XIX la práctica de una



Dibujo. Tabla 5ª del libro 3º de Juan Valverde de Hamusco.  
*Historia de la composición del cuerpo humano.*

histerectomía vaginal, cirugía complicada por una hemorragia que consiguió cortar con cierta dificultad, pero realizada con buenos conocimientos anatómicos. A pesar de ello, no obtuvo credibilidad y tuvo que esperar hasta la muerte de la paciente, 26 años después, para que sus colegas reconocieran en la sala de autopsias la intervención realizada.

Johan Nepomuk Sauter (1766-1840) realizó una histerectomía vaginal en 1822 a Genevieve Waldruf, de 50 años, por un tumor voluminoso, posiblemente un cáncer de cérvix que ocupaba toda la vagina. La enferma sobrevivió 5 meses a la intervención, que fue considerada un éxito.

En París, un profesor de Clínica Médica, Joseph Recamier (1774-1852), fue otro de los precursores en la histerectomía vaginal. Su relato de una histerectomía vaginal realizada en el Hotel Dieu el 23 de Julio de 1829 permite reconocer a un buen cirujano con suficientes conocimientos anatómicos. Excepto en la opinión generalizada, que despreciaba la vascularización parametrial y ovárica, del relato de la intervención se desprende que realizó una hemostasia sobre los vasos uterinos. La enferma presentó un hematoma drenado en el postoperatorio inmediato y sobrevivió un año.

El éxito de Recamier animó a otros cirujanos a realizar la intervención, con resultados funestos: de un total de 21 intervenciones para extirpar el útero por la vagina, se produjeron 21 muertes.

En Estados Unidos fue J. Varren, cirujano de la Universidad de Harvard, el primero en realizar una histerectomía vaginal.

Los resultados supusieron para la histerectomía vaginal prácticamente 50 años de abandono, de modo que Scanzoni profetiza en 1862: «*La extirpación total del útero pertenece a la historia*».

## Los pioneros

Durante el siglo XIX se produjeron determinados acontecimientos históricos en el caminar de la cirugía, que permitieron el abordaje de la vía vaginal con razonables garantías de éxito.

Aunque clásicamente el descubrimiento de la anestesia se sitúa en el año 1847, habría que recordar a Humphry Davy, un químico que en el año 1800 encuentra el protoxido, y al dentista Horace Well, que explota el descubrimiento y lo aplica a sus pacientes, aunque un desgraciado accidente mortal interrumpe varias décadas el uso del «gas de la risa».

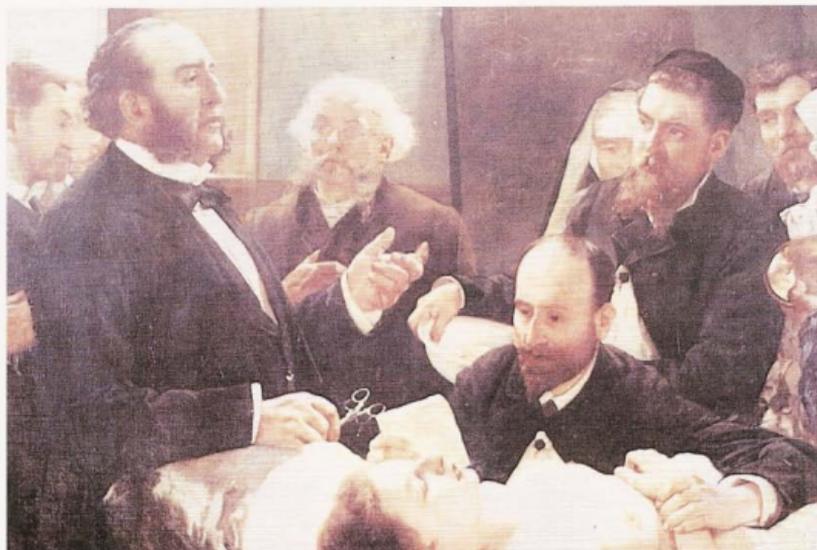
Morton utiliza en julio de 1844 los vapores de éter clorídrico en una extracción dental. En 1846 se realiza la primera intervención quirúrgica bajo anestesia general de la mano del americano Warren con éter sulfúrico. Al éter le sustituye el cloroformo utilizado por Simpson en 1847.

Desde 1847 la cirugía puede desarrollarse porque los cirujanos cuentan con un medio para evitar el dolor: la anestesia.

El segundo acontecimiento que permitirá a los pioneros en la vía vaginal obtener unos resultados impensables unos años antes, es el descubrimiento de la antisepsia por Lister en 1867. La utilización del ác. fénico diluido para el lavado de manos, piel, instrumental, etc., fue determinante en los resultados obtenidos en la cirugía en la segunda mitad del siglo XIX. Y, por último, el tercer acontecimiento fue la sustitución de la compresión y la cauterización como mecanismo hemostático en la cirugía por los diferentes sistemas de compresión por pinzas: la forcipresión.

En la primera mitad del siglo XIX la compresión se realizaba generalmente con los dedos y ocasionalmente con placas metálicas, y la cauterización con hierros candentes. Koeberle en 1864 diseña una pinza con dos ramas y sistema de fijación para poderla dejar sobre el tejido pinzado y asegurar una hemostasia durante 48-72 h. En 1868 fue Péan quien ideó una pinza que todavía se nombra en las intervenciones que realizamos en la actualidad. El desarrollo de la anestesia, la antisepsia y la forcipresión fueron tres avances definitivos que permitieron a los grandes cirujanos de la época brillar espectacularmente.

Hay que esperar a las dos últimas décadas del siglo XIX, cuando dos escuelas diferentes en su concepción, e incluso en el tipo de patología a tratar por la vía



Péan, óleo de H. Cervex.  
Péan con su famosa pinza en el Hospital de Saint Louis (París).

vaginal, van a dar el impulso definitivo a la histerectomía vaginal. Nos referimos a la escuela francesa y a la escuela vienesa.

La escuela francesa desarrolla la vía vaginal para el tratamiento de los miomas y los prolapsos, y la escuela austríaca, concretamente la vienesa, además de la cirugía del prolapso y de los tumores benignos, aborda el tratamiento del cáncer de cérvix por vía vaginal con el perfeccionamiento de la histerectomía vaginal, que se concreta en la histerectomía vaginal radical que incluye el útero, los paramétrios laterales y posteriores y ambos anejos.

Los cirujanos de la época abordaban la cirugía en general, aunque se especializaban en determinado tipo de intervenciones, lo que les daba la fama y el reconocimiento profesional.

### **Escuela francesa**

A finales del siglo XIX, y de la mano de cirujanos de la categoría de Péan Segond, Doyen y Pozzi, se desarrolla la vía vaginal para la extirpación del útero en la escuela quirúrgica del Hotel Dieu con el gran Dupuytren.

Jules Émile Péan (1830-1898), profesor del Hospital de Saint-Louis, no sólo

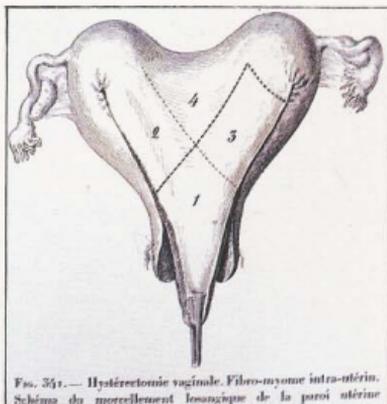
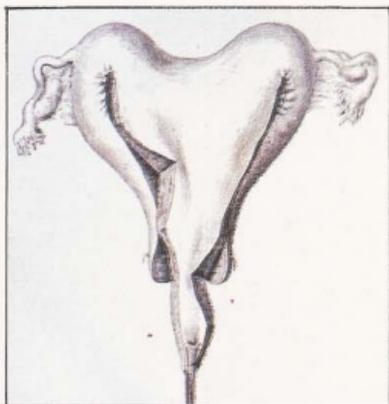


Fig. 341. — Hystérectomie vaginale. Fibro-myome intra-utérin.  
Schéma du morcellement losangique de la paroi utérine.

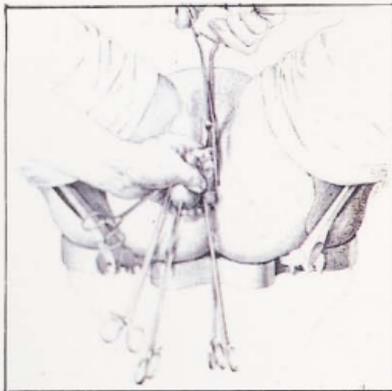
Técnica de «Morcellement»  
según E. Doyen. Dibujos de su libro  
*Therapeutic Chirurgicale et Technique Operatoire*. París, 1910, tomo 5º

desarrolla la pinza que lleva su nombre y que fue trascendental para la forcipresión de estructuras vasculares, más en línea de los grandes quirúrgicos de la época, sino que es, además, un gran pionero en la histerectomía vaginal. Utilizó la técnica de *Morcellement* para reducir los miomas y poderlos obtener por vía vaginal, e introdujo la ovariectomía, la histerectomía abdominal para grandes miomas, la esplenectomía, la resección del píloro y la desarticulación de la cadera. Personaje popular y famoso en su época, su figura en el cuarto de operaciones, frente a la enferma y rodeado de sus discípulos, ha sido inmortalizada por los pintores de la época.

Eugène Doyen (1856-1916) fue otro cirujano que contribuyó al perfeccionamiento de la vía vaginal. Personaje excéntrico, a contracorriente de la línea oficial, enfrentado a Pozzi y a Péan, nos dejó su famosa valva, y fue un gran cirujano no sólo en ginecología, sino en campos tan diversos como la cirugía gástrica y la craneal. Como detalle del perfeccionamiento de su técnica quirúrgica y en la línea del enfrentamiento con Péan, publicó una fotografía del postoperatorio inmediato de una histerectomía vaginal realizada por Péan con el anillo de 25 pinzas dejadas como hemostasia junto a una foto donde se podían ver las 5 o 6 pinzas que él dejaba, también con fines hemostásicos, las primeras 48 horas.

Doyen reconoce en su *Tratado de Terapéutica Quirúrgica*, editado en 1910, que el primer médico en realizar una histerectomía vaginal reglada con la colocación de pinzas en los «ligamentos largos», pedículos pelvianos, fue Czerny en 1879. En 1881, Haidlen, de la escuela vienesa, reunió una estadística de 52 histerectomías vaginales con una mortalidad del 32%.

La primera estadística íntegra presentada por Doyen en el Congreso de Ginecología de París en 1892 fue de 112 casos, 23 de cáncer con 2 muertes, 28 de miomas con una muerte y 61 de lesiones inflamatorias con 3 muertes. En total, el 5,3%



Dibujo de E. Doyen.  
Colocación de la pinza de Collins sobre infundibulos ováricos, según E. Doyen. Dibujos de su libro *Therapeutic Chirurgicale et Technique Operatoire*, París 1910, tomo 5.º.

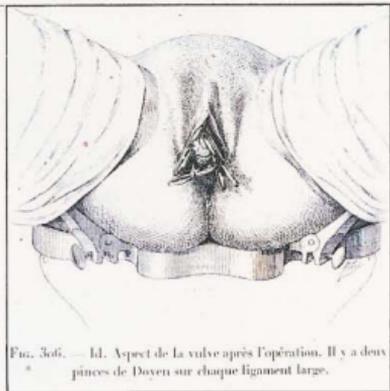


Fig. 306. — Id. Aspect de la vulve après l'opération. Il y a deux pinces de Doyen sur chaque ligament large.

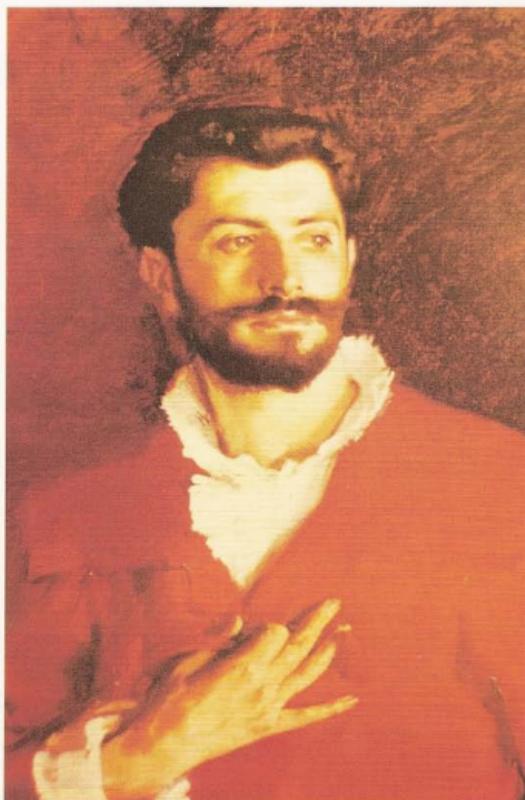
Dibujo de E. Doyen  
Final de la histerectomía vaginal.  
Las pinzas se dejaban *in situ* 48-72 horas, según E. Doyen. Dibujos de su libro *Therapeutic Chirurgicale et Technique Operatoire*, París 1910, tomo 5.º.

de mortalidad era un porcentaje muy bajo para la época en histerectomía vaginal. Según el propio Doyen, la clave era utilizar una buena pinza para el ligamento largo y dejarla *in situ* 48 horas. Encargó esta pinza a Collins, y se presentó a la Sociedad Quirúrgica de París el 6 de marzo de 1887, revolucionando de algún modo la forcipresión por ser una pinza de presión elástica.

El carácter de Doyen queda una vez más patente cuando, invitado por el cuarto gran vaginalista francés, Paul Segond (1851-1912), a Bruselas para ver cómo realizaba una histerectomía vaginal, Doyen públicamente y por escrito dice: «*En Septiembre de 1892 yo todavía no había asistido a ninguna histerectomía vaginal de otro cirujano y fui invitado por el Dr. Segond a Bruselas para ver una...*». Parece ser que la posición de la mujer con las piernas hiperflexionadas sobre su vientre no le pareció nada bien, porque continúa: «*Yo me pregunto cómo un cirujano que tiene la pretensión de ser uno de los protagonistas de la vía vaginal puede adoptar una posición tan defectuosa en la enferma para operarla*». No vuelve a mencionar al Dr. Segond ni su histerectomía y se sumerge en una serie de explicaciones sobre las grandes ventajas de su método, de sus pinzas, y de sus diseños de mesas quirúrgicas. Es de suponer que Paul Segond se sumaría a los enemigos de Doyen después de la publicación del libro.

Pozzi, discípulo de Broca, trabajó en anatomía comparada y antropología, y tradujo al francés la obra de Darwin. Enemigo por excelencia de Doyen, nos dejó un famoso *Tratado sobre ginecología clínica y operatoria*, y convirtió el Hospital Broca de París en el más importante centro de estudios ginecológicos.

La escuela francesa estaba formada por grandes cirujanos, personajes casi novelescos, discutidos unos y famosos otros, como Péan que operaba impecablemente vestido con frac y chaleco blanco. El mundano Doyen, figura de la «Belle Épo-

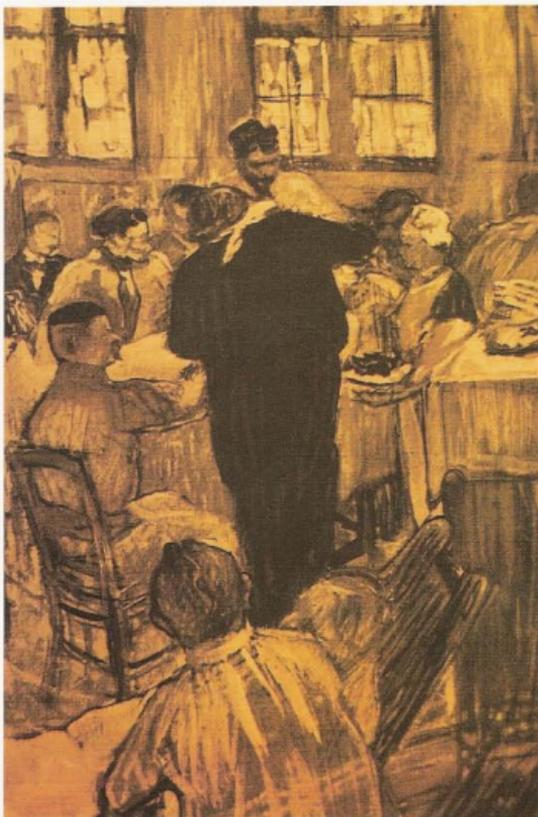


Dr. Pozzi en su casa, óleo 1881,  
de John Singer Sargent.

que» que, a juicio de sus colegas, realizó la mejor *operación* de su vida cuando se casó con la dueña de una famosa fábrica de *champagne*, nada menos que con la viuda de Cliquot, o el impecable Samuel Pozzi, correcto en todo, catedrático de clínica ginecológica, respetado y querido, que murió asesinado a manos de una enferma descontenta de sus servicios, fueron los auténticos pioneros de la escuela francesa, al margen de las anécdotas y de sus vidas, y sentaron las bases de la moderna cirugía vaginal para la extirpación del útero.

### **Escuela vienesa**

En Viena se encontraba la Clínica Quirúrgica I, fundada en 1774, donde ejer-



R. Péan operando. Óleo 1891.  
Toulouse Lautrec.

cieron Rokitanski y Skoda como cirujanos anatomistas hasta 1865. En 1842 se fundó la Clínica Quirúrgica II.

Desde 1867 Theodor Billroth (1841-1916), director de la Clínica II, aplica los criterios morfológicos de sus antecesores e introduce la bacteriología, la histología, la estadística y la experimentación en su forma de trabajo, dando renombre universal a la escuela vienesa.

La Clínica Quirúrgica II, impulsada por el gran cirujano Billroth, fue en el último tercio del siglo XIX el centro impulsor de la cirugía moderna.

Las dos escuelas vienesas fueron dirigidas, a la muerte de Billroth, por Gusenbauer la II y por Eiselsberg la I, ambos discípulos suyos que continuaron el trabajo iniciado por la escuela hasta bien entrado el siglo XX.

Un mejor conocimiento anatómico les hizo emprender un camino más com-



Foto de Billroth, con su discípulo Czerny.  
National Library of Medicine.  
Bethesda.- Maryland.

plejo y difícil que el que había recorrido la escuela francesa. La escuela vienesa aborda por vía vaginal la cirugía oncológica.

El primer pionero fue Vicent Czerny (1842-1916). Czerny, aunque ejerció en Friburgo y Heidelberg, se formó en Viena, y en 1878 realizó la primera extirpación completa de un útero carcinomatoso por vía vaginal. La intervención fue un éxito, la enferma sobrevivió 6 meses y los médicos contemporáneos alemanes asumieron su técnica sin prejuicios.

Czerny comunicó 81 casos de colpohisterectomía por vía vaginal con un 32% de mortalidad, que comparada con la serie de vía abdominal de Freund, con un 67% de mortalidad, acreditó la vía vaginal para el cáncer de cérvix como la menos peligrosa, e inició de algún modo el antagonismo entre escuelas de vía vaginal y de vía abdominal.

Friedrich Schauta (1849-1919) es la primera figura que desde mi punto de vista traspasa los términos utilizados hasta ahora para convertirse en maestro de una determinada disciplina quirúrgica, como lo es Wertheim en el cérvix, Way en la vulva o Halsted en la mama. Schauta toma la histerectomía de Czerny, la completa con la disección ureteral y realiza la técnica de la histerectomía radical, con extirpación de los parametrios anteriores, laterales y posteriores, y un amplio manguito vaginal, todo ello en 1900 sin posibilidades de perfusión I.V., en los albores de la anes-



Rokitansky-Fotografía.  
National Library of Medicine.  
Bethesda.- Maryland.



Theodor Billroth. Fotografía. Viena, 1890, asistido  
por Eiselsberg.  
Institut für Geschichte der Medizin (Viena).

tesia, sin antibióticos y con un material, tanto de sutura como instrumental, rudimentario.

En 1901 Schauta realiza la primera histerectomía vaginal ampliada en la Clínica I de Viena, y siete años más tarde publica los resultados sobre 258 casos en *Extirpación total ampliada por vía vaginal en el carcinoma de cérvix*, Viena y Leipzig, 1908, con un 11% de mortalidad.

Mientras tanto, en la Clínica II de Viena un discípulo de Schauta, Ernst Wertheim (1864-1920) desarrolla la vía abdominal para el cáncer de cérvix, con una mortalidad mayor del 33%.

El antagonismo y la rivalidad entre la vía abdominal y la vía vaginal estaba servido, pero estos dos maestros, con su entusiasmo y dedicación, sentaron las bases de la moderna cirugía ginecológica.

## La histerectomía vaginal en la España del XIX

A pesar de que la contribución española al desarrollo de la histerectomía vaginal no consta cuando revisas las citas bibliográficas europeas de la época, no sería

justo finalizar este recuerdo histórico sin una breve semblanza de los cirujanos ginecológicos que, a pesar de su cierto grado de aislamiento, desarrollaron su trabajo y destacaron en la España del siglo XIX y comienzos del XX.

El 16 de junio de 1874 se crea la Sociedad Ginecológica Española de la mano de D. Francisco Alonso Rubio, catedrático de obstetricia y enfermedades de la Mujer y de los Niños de la Facultad de Medicina de San Carlos de Madrid, sociedad que en su comienzo abarca la obstetricia y la ginecología incluso antes del nacimiento de la pediatría a los niños, y tan sólo se fundó cuatro años más tarde que su homónima alemana. En 1888 se celebró, con la asistencia de 153 congresistas, el 1.º Congreso Ginecológico español y en él se presentaron con gran expectación entre los congresistas una serie de ocho histerectomías vaginales, realizadas por el profesor Gutiérrez. Como experiencia y resumen de la situación de la histerectomía vaginal en España, a raíz de esta presentación y en el mismo congreso, el valenciano Candelá relató un caso de cáncer de cérvix resuelto por él con cirugía vaginal; es quizás el primer caso de histerectomía radical vaginal descrito en nuestro país.

Ilustrativo de la personalidad del catedrático D. Francisco Alonso Rubio y del ambiente madrileño de la época fue su renuncia a la cátedra y a su calidad de médico de la Cámara Real, ante la ofensa recibida cuando fue sustituido como obstetra en el 1.º parto de la reina Cristina de Habsburgo, de la que nació la infanta Mercedes, por un médico austríaco en virtud de los acuerdos firmados en el contrato matrimonial. Su renuncia fue definitiva y debió de ser de tal magnitud la ofensa, que no se dignó acudir a recoger la gran Cruz de Carlos III que la Corte le concedió en desagravio.

### **Escuela madrileña**

Desde el congreso de 1888 hasta la guerra civil española la ginecología operatoria madrileña estuvo dominada por la escuela fundada por D. Federico Rubio y Galli (1827-1902). El instituto Federico Rubio, situado en la Moncloa y de la mano de su fundador cirujano general especializado en ginecología, fue hasta el año 36 la auténtica escuela quirúrgica madrileña con sus discípulos Cospedal, Soler, López-Doriga, Boti y Eugenio Gutiérrez, entre otros.

A principios del siglo XX destaca por encima de todos la figura universitaria de D. Sebastián Recasens Girol (1862-1933). Fue discípulo de Fargas y, perteneciente a la escuela catalana, obtuvo en 1902 la cátedra de ginecología y obstetricia de Madrid. Recasens fue esencialmente un cirujano ginecológico, dominador de técnicas como la histerectomía vaginal radical de Schauta y la histerectomía radical por vía abdominal de Wertheim. Fue un hombre que mantuvo una estrecha colaboración con las escuelas vienesa y alemana y quizá fue el primer ginecólogo español reconocido internacionalmente. Entre sus colaboradores y discípulos citaremos a Población, Vital Aza, Becerro de Bengoa y José Botella y Montoya. Recasens debe ser reconocido como el maestro y fundador de la ginecología española de la época contemporánea.

### **Escuela catalana**

En 1888 y coincidiendo con la exposición universal de Barcelona, D. Juan de Rull y Xuriach (1828-1891), a la sazón catedrático de obstetricia y enfermedades de

la mujer y de los niños de Barcelona, organizó y presidió el 1º Congreso Ginecológico catalán.

Se puede considerar a D. Miguel Arcángel Fargas y Roca (1856-1916) como el maestro y fundador de la escuela catalana de ginecología, sin olvidar que fue asimismo maestro de Sebastián Recasens; Fargas y Roca, con buenos contactos con las afamadas escuelas austríaca y alemana, fundó en el año 1884, en la calle del Hospital de Barcelona, un instituto ginecológico que, como el Instituto Federico Rubio de Madrid, marcó la vanguardia de la ginecología moderna de la escuela catalana.

D. Víctor Conill Montobbio (1886-1970), discípulo de Kocher en Berna y de Doderlein en Munich, fue miembro de la Sociedad Alemana de Ginecología desde 1911, cuando obtuvo la cátedra de Barcelona y de acuerdo con D. Pedro Nubiola decidieron, al igual que ocurrió en Madrid, que ambas cátedras lo fueran de obstetricia y ginecología, detalle éste que hace que aún hoy día la cátedra de obstetricia y ginecología, tanto en Barcelona como en Madrid y, a nivel de universidad central, sea doble.

La escuela catalana continuó la andadura con ilustres ginecólogos, como Salvador Cardenas, Juan Vanrell Cruells, Carreras Verdaguer y Santiago Dexeus Font, entre otros.

De otras escuelas de la geografía española cabe recordar a D. Manuel Candela y Plà, fundador del Instituto Candela en Valencia y, como hemos citado anteriormente, el primer español en realizar una intervención de Schauta.

## **Cirugía contemporánea**

La evolución posterior de la vía vaginal dependió de la influencia en las escuelas, su duración y su vigencia.

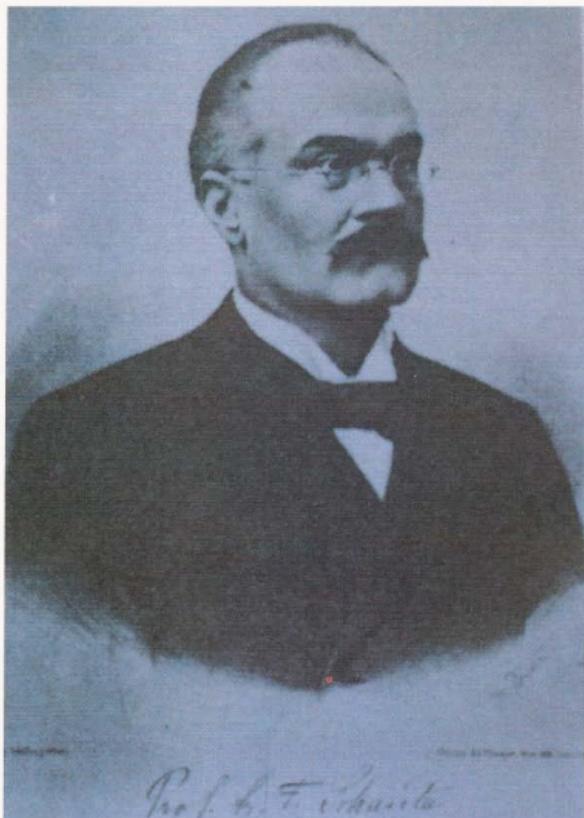
Isidor A. Amreich perfeccionó en los años 30 la técnica de Schauta para la histerectomía vaginal radical, mejorando los resultados en cuanto a mortalidad.

Meigs unos años más tarde introdujo en la técnica de Wertheim la linfadenectomía pélvica sistemática para el cáncer de cérvix. El reconocimiento de la conveniencia de esta linfadenectomía supuso para el futuro de la operación de Schauta un gran contratiempo e indirectamente la vía vaginal en general fue perdiendo vigencia.

La operación radical de Schauta cuando han pasado casi 100 años parece una operación histórica y con tan escasas indicaciones que no merece la pena su aprendizaje, pero los capítulos de la historia no están definitivamente cerrados, y si dentro de unas décadas la linfadenectomía pélvica se puede realizar por métodos no invasivos o el diagnóstico de las cadenas linfáticas se puede llevar a cabo con técnicas de imagen y PAAF, con una alta fiabilidad, la histerectomía radical de Schauta volvería a retomar su protagonismo intentando desplazar a la operación de Wertheim-Meigs.

Cierto es que el abandono de la operación de Schauta, la aparición de los antibióticos, el mejor control de la enferma en los quirófanos por el servicio de anestesia y reanimación ha significado una creciente disminución de la vía vaginal y un aumento de indicaciones abdominales para la histerectomía.

En España las escuelas vienesa y alemana tuvieron en general una gran influencia entre los ginecólogos españoles de la época y hasta pasada la II Guerra Mundial las relaciones entre los cirujanos españoles fueron muy estrechas. Ello supuso que también en España existieran escuelas que dominaban correctamente la vía vaginal y otras más especializadas en la vía abdominal, y esto que no es malo



Fotografía de Friedrich Schauta (1849-1919).

en si mismo, sí puede serlo cuando vemos que las escuelas vaginalistas manejan ambas vías, la vaginal y la abdominal, pero las escuelas abdominales manejan insuficientemente la vía vaginal.

En la actualidad tenemos información sobre residentes que no realizan una sola histerectomía vaginal en todo su período de formación, esencialmente porque las que se realizan en el servicio son escasas y esto ocurre a veces en servicios de ginecología y obstetricia con una gran entidad en la especialidad.

Que el recuerdo de todos estos cirujanos y su gran labor sirva para sensibilizar a los médicos con capacidad docente en la cirugía ginecológica y que una técnica tan «nuestra» como es la histerectomía vaginal sea manejada correctamente por todo especialista en ginecología y obstetricia.

# ANATOMÍA DESCRIPTIVA PARA LA HISTERECTOMÍA VAGINAL

## Introducción

La histerectomía vaginal discurre sobre estructuras anatómicas idénticas a la histerectomía abdominal, pero con un abordaje inverso. Es fundamental el conocimiento del plano vésico-uterino para el abordaje de los pilares de la vejiga o parametrios anteriores y el acceso al peritoneo anterior a través del fondo de saco vésico-uterino. Del mismo modo es necesario identificar anatómicamente el discurrir de los uréteres, próximos a los pilares o parametrios anteriores, y su entrada en la vejiga.

La situación del parametrio lateral o cardinal, la vascularización uterina y el pedículo formado por el ligamento útero-ovárico, el ligamento redondo y la trompa de Falopio como estructuras del anclaje lateral del útero a la pelvis.

El discurrir anatómico quirúrgico bordea el cérvix y el canto uterino en orden inverso al que realizamos cuando se trata de una histerectomía abdominal.

Hemos incluido unos dibujos sobre la patología más habitual que podemos encontrar en la realización de una histerectomía vaginal: *cistocele*, *rectocele* y *prolapso uterino* en diferentes grados, para ilustrar los cambios anatómicos que se producen y la necesidad de modificar el abordaje quirúrgico individualizando cada caso.

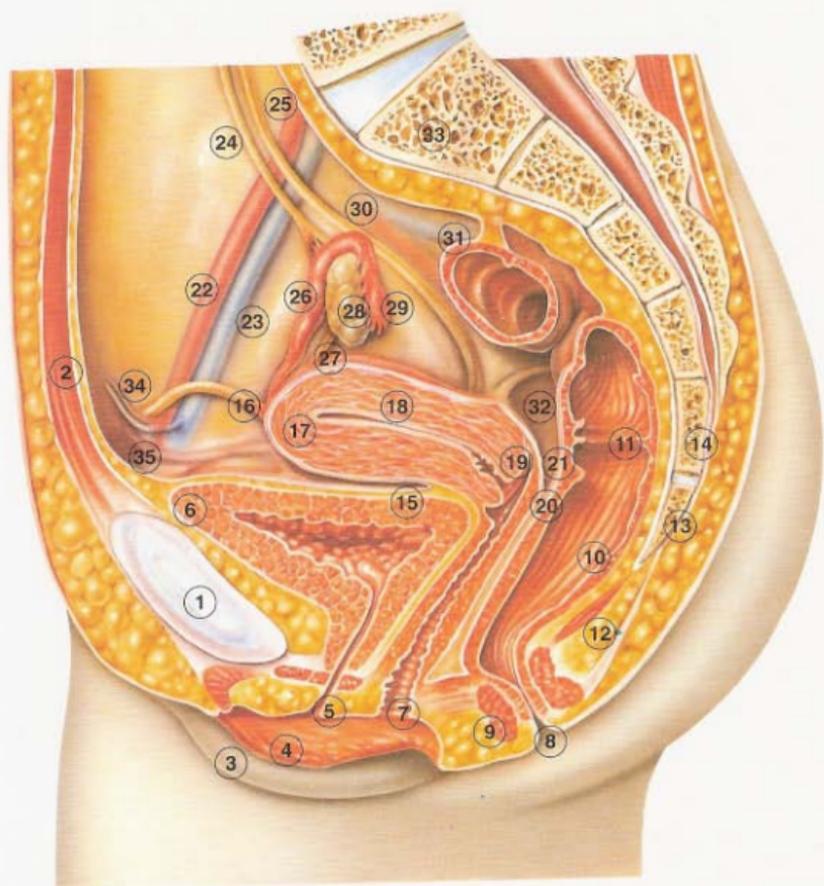
La histerectomía vaginal, generalmente sencilla, se puede complicar si descuidamos la situación anatómica concreta de la enferma.

## **Esquema 1**

### **Visión sagital del aparato genital femenino.**

El esquema representa una sección sagital y media de la cavidad pélvica derecha de una mujer adulta, en la que podemos observar los órganos genitales. Este esquema representa la situación visceral con vejiga urinaria y ampolla rectal vacías.

- 1 — Sínfisis del pubis
- 2 — Pared abdominal (en cortes sagitales se observa la línea alba; en cortes discretamente parasagitales, como el presentado en la imagen, se puede apreciar el músculo recto interno)
- 3 — Labio mayor de la vulva
- 4 — Labio menor de la vulva
- 5 — Orificio externo de la uretra
- 6 — Vértice vesical
- 7 — Orificio y vestíbulo vaginal
- 8 — Ano
- 9 — Músculo esfínter externo del ano
- 10 — Recto
- 11 — Ampolla rectal
- 12 — Músculo recto-coccígeo
- 13 — Cóccix
- 14 — Sacro
- 15 — Fondo de saco vesíco-uterino
- 16 — Ligamento redondo
- 17 — Fondo uterino
- 18 — Cuerpo del útero (cara posterior)
- 19 — Cuello del útero
- 20 — Fondo de saco vaginal
- 21 — Fondo de saco recto-vaginal o de Douglas
- 22 — Arteria iliaca externa
- 23 — Vena iliaca externa
- 24 — Ligamento suspensorio del ovario
- 25 — Uréter
- 26 — Trompa de Falopio
- 27 — Ligamento útero-ovárico
- 28 — Ovario
- 29 — Infundíbulo de la trompa de Falopio
- 30 — Arteria iliaca interna (art. hipogástrica)
- 31 — Vena iliaca interna
- 32 — Pliegue recto uterino
- 33 — Promontorio
- 34 — Arteria y vena epigástrica
- 35 — Ligamento y arteria umbilical

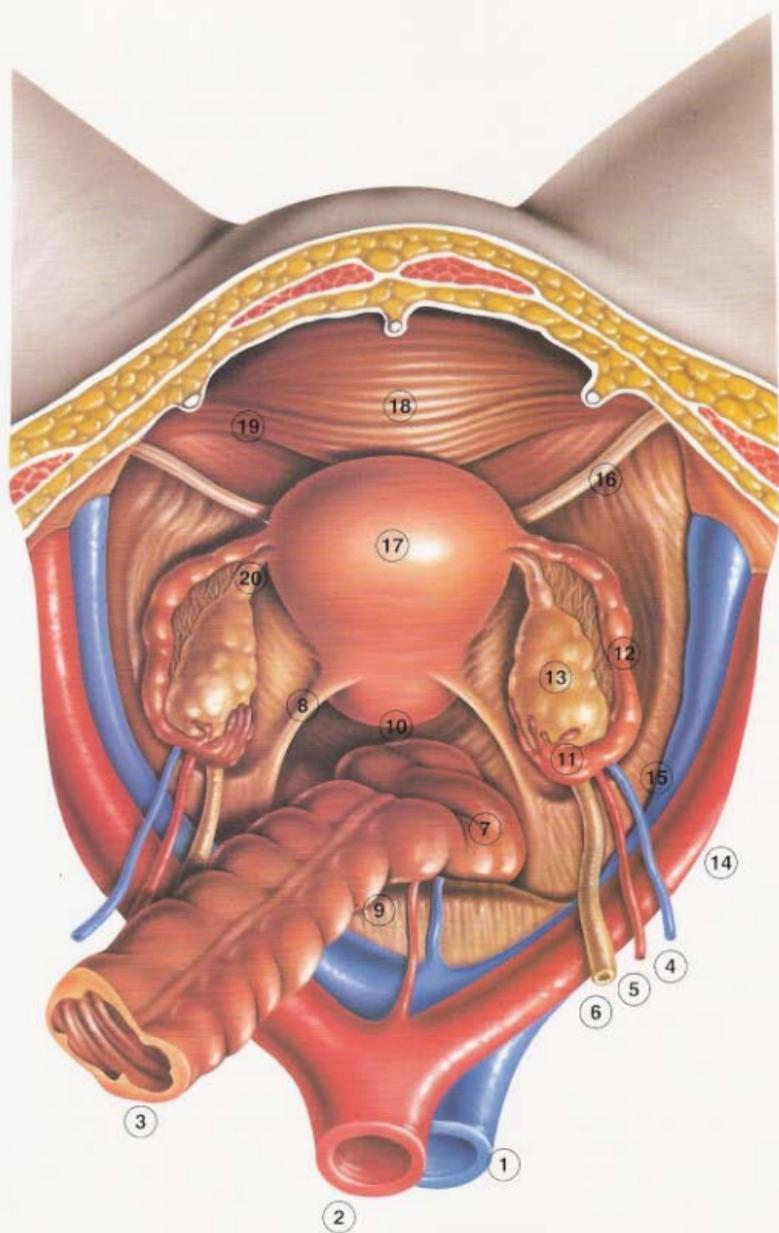


## **Esquema 2**

### **Visión superior del aparato genital femenino.**

El esquema representa una visión superior de la cavidad pélvica de una mujer adulta, en la que podemos observar los órganos genitales femeninos.

- 1 — Cava inferior
- 2 — Aorta
- 3 — Colon sigmoides
- 4 — Vena ovárica
- 5 — Arteria ovárica
- 6 — Uréter
- 7 — Recto
- 8 — Ligamento posterior o útero-sacro
- 9 — Mesosigmoide
- 10 — Fondo de saco recto-vaginal
- 11 — Ampolla de la trompa de Falopio
- 12 — Trompa de Falopio
- 13 — Ovario
- 14 — Arteria iliaca externa
- 15 — Vena ilíaca externa
- 16 — Ligamento redondo
- 17 — Fondo uterino
- 18 — Vejiga urinaria
- 19 — Plica vesicalis transversa
- 20 — Ligamento útero-ovárico

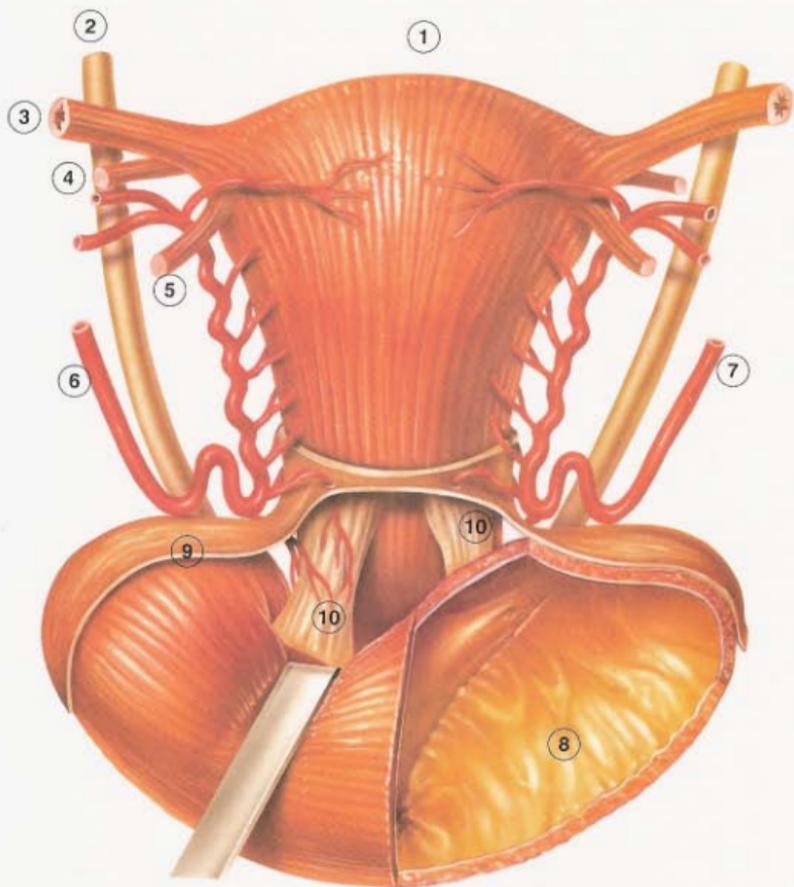


### **Esquema 3**

#### **Relaciones útero-vesicales y la vascularización de las arterias uterinas.**

El esquema es una abstracción de la región vésico-uterina, en la que se han eliminado numerosas estructuras para permitir una observación simple de las arterias uterinas.

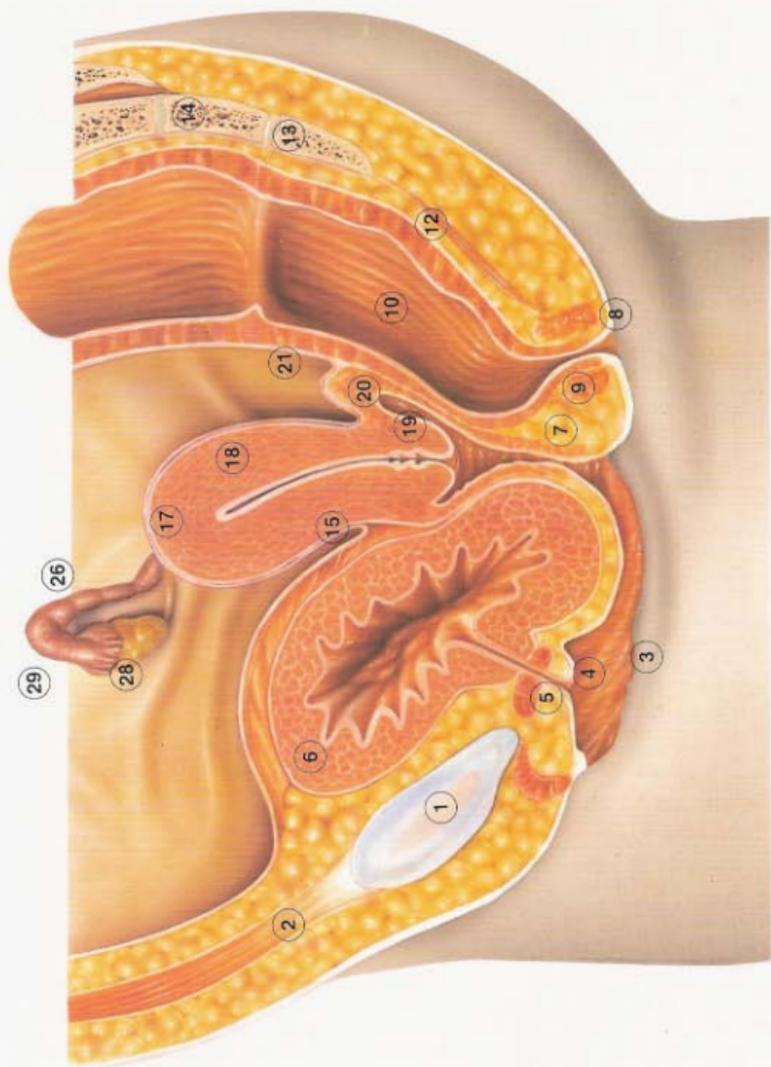
- 1 — Fondo uterino
- 2 — Uréter derecho
- 3 — Trompa de Falopio
- 4 — Ligamento útero-ovárico
- 5 — Ligamento redondo
- 6 — Arteria uterina derecha
- 7 — Arteria uterina izquierda
- 8 — Vejiga urinaria abierta y desplazada con un separador
- 9 — Peritoneo seccionado
- 10 — Pilares anteriores de la vejiga



#### **Esquema 4** **Visión sagital del aparato genital femenino en patología.**

El esquema representa una sección sagital y media de la cavidad pélvica derecha, de una mujer adulta, afectada de un cistocele. (Para facilitar la comparación entre imágenes se ha conservado la numeración que se utilizó en el Esquema 1).

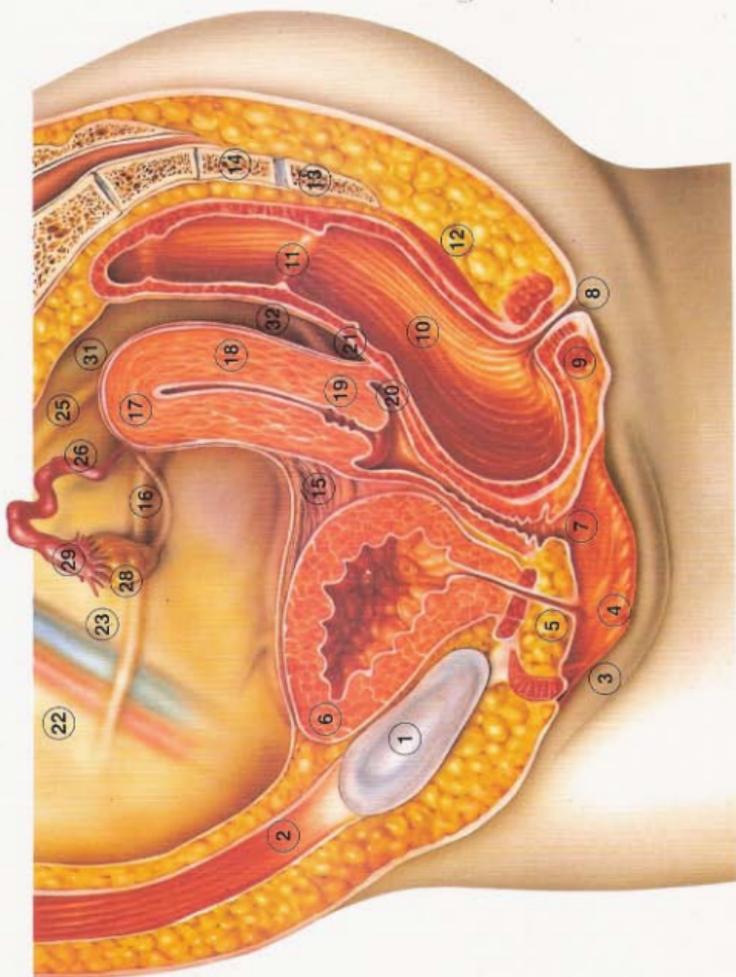
- 1 — Sinfisis del pubis
- 2 — Pared abdominal (en cortes sagitales se observa la línea alba; en cortes discretamente parasagitales, como el presentado en la imagen, se puede apreciar el músculo recto interno)
- 3 — Labio mayor de la vulva
- 4 — Labio menor de la vulva
- 5 — Orificio externo de la uretra
- 6 — Vértice vesical. La pared posterior de la vejiga se proyecta en la vagina y en el periné
- 7 — Orificio y vestibulo vaginal
- 8 — Ano
- 9 — Músculo esfínter externo del ano
- 10 — Recto
- 12 — Músculo recto-coccigeo
- 13 — Cóccix
- 14 — Sacro
- 15 — Fondo de saco véscico-uterino
- 16 — Ligamento redondo
- 17 — Fondo uterino
- 18 — Cuerpo del útero (cara posterior)
- 19 — Cuello del útero
- 20 — Fondo de saco vaginal
- 21 — Fondo de saco recto-vaginal o de Douglas
- 26 — Trompa de Falopio
- 28 — Ovario
- 29 — Intundíbulo de la trompa de Falopio



### Esquema 5 Visión sagital del aparato genital femenino en patología.

El esquema representa una sección sagital y media de la cavidad pélvica derecha, de una mujer adulta que padece un reñocelo. (Para facilitar la comparación entre imágenes se ha conservado la numeración que se utilizó en el Esquema 1).

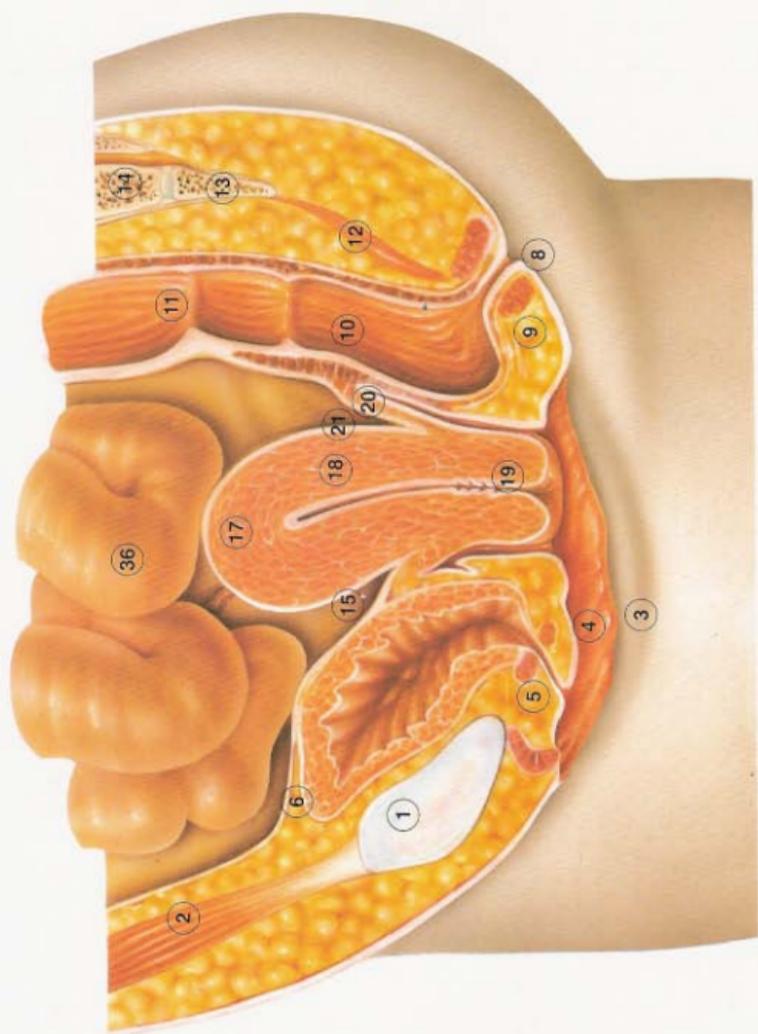
- |  |   |
|--|---|
| 1 — Sintesis del pubis   | 14 — Sacro                                    |
| 2 — Pared abdominal (en cortes sagitales se observa la línea alba; en cortes discretamente parasagitales, como el presentado en la imagen, se puede apreciar el músculo recto interno) | 15 — Fondo de saco vesíco-uterino             |
| 3 — Labio mayor de la vulva  | 16 — Ligamento redondo                        |
| 4 — Labio menor de la vulva  | 17 — Fondo uterino                            |
| 5 — Orificio externo de la uretra  | 18 — Cuerpo del útero (cara posterior)        |
| 6 — Vértice vesical  | 19 — Cuello del útero                         |
| 7 — Orificio y vestibulo vaginal   | 20 — Fondo de saco vaginal                    |
| 8 — Ano  | 21 — Fondo de saco recto-vaginal o de Douglas |
| 9 — Músculo esfínter externo del ano   | 22 — Arteria iliaca externa                   |
| 10 — Recto con gran dilatación de su porción final que se proyecta en la vagina y el periné  | 23 — Vena iliaca externa                      |
| 11 — Ampolla rectal  | 25 — Uréter                                   |
| 12 — Músculo recto-cocígeo   | 26 — Trompa de Falopio                        |
| 13 — Cóccix  | 28 — Ovario                                   |
|  | 29 — Intundibulo de la trompa de Falopio      |
|  | 31 — Vena iliaca interna                      |
|  | 32 — Pliegue recto uterino                    |



## Esquema 6 Visión sagital del aparato genital femenino en patología

El esquema representa una sección sagital y media de la cavidad pélvica derecha, de una mujer adulta, que padece una prolapso uterino de primer grado. (Para facilitar la comparación entre imágenes se ha conservado la numeración que se utilizó en el Esquema 1).

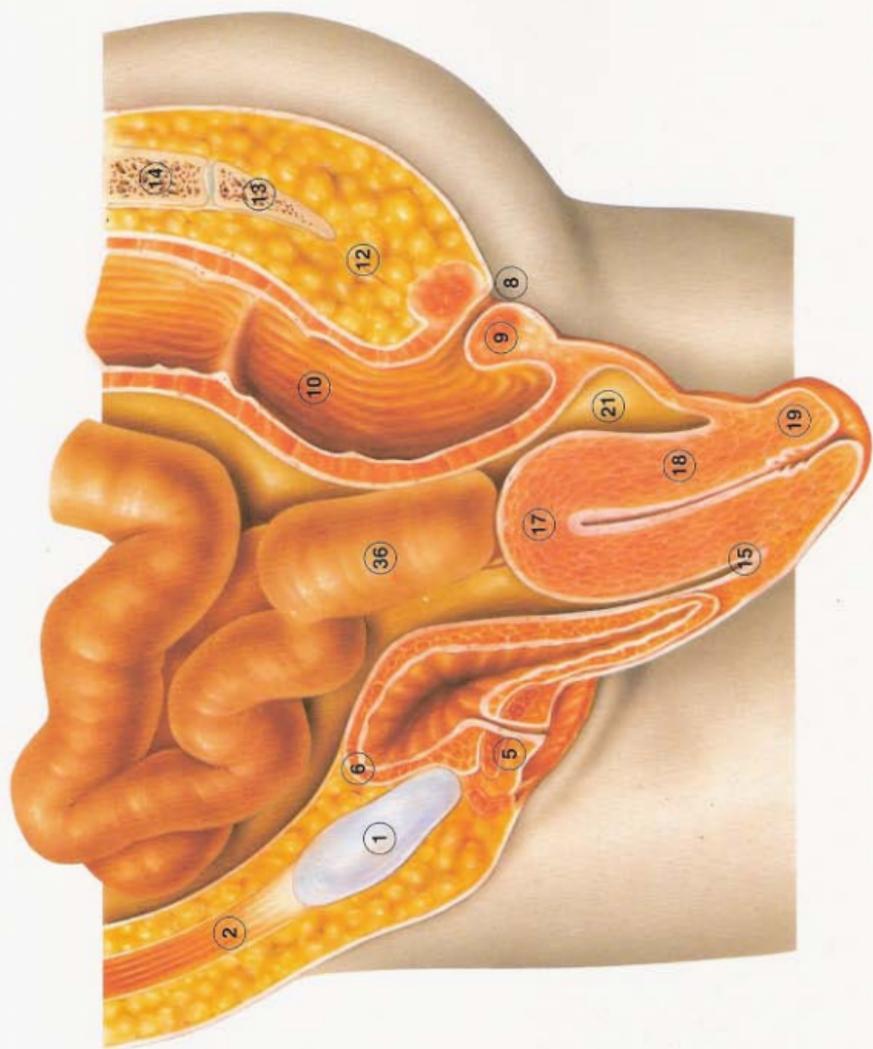
- 1 — Sintitis del pubis
- 2 — Pared abdominal (en cortes sagitales se observa la línea alba, en cortes discretamente parasagitales, como el presentado en la imagen se puede apreciar el músculo recto interno)
- 3 — Labio mayor de la vulva
- 4 — Labio menor de la vulva
- 5 — Orificio externo de la uretra
- 6 — Vértice vesical
- 8 — Ano
- 9 — Músculo esfínter externo del ano
- 10 — Recto
- 11 — Ampolla rectal
- 12 — Músculo recto-coccigeo
- 13 — Cóccix
- 14 — Sacro
- 15 — Fondo de saco vesico-uterino
- 17 — Fondo uterino
- 18 — Cuerpo del útero (cara posterior)
- 19 — Cuello del útero. En el primer grado de prolapso uterino observamos el cuello uterino ocupando el vestíbulo vaginal
- 20 — Fondo de saco vaginal
- 21 — Fondo de saco recto-vaginal o de Douglas
- 36 — Asas intestinales



### Esquema 7 Visión sagital del aparato genital femenino en patología.

El esquema representa una sección sagital y media de la cavidad pélvica derecha, de una mujer adulta, que padece un prolapso uterino de tercer grado. (Para facilitar la comparación entre imágenes se ha conservado la numeración que se utilizó en el Esquema 1).

- 1 — Sinfisis del pubis
- 2 — Pared abdominal (en cortes sagitales se observa la línea alba, en cortes discretamente parasagitales, como el presentado en la imagen, se puede apreciar el músculo recto interno)
- 5 — Orificio externo de la uretra
- 6 — Vértice vesical. La vejiga acompaña al útero en su descenso
- 8 — Ano
- 9 — Músculo esfínter externo del ano
- 10 — Recto
- 12 — Músculo recto-coccigeo
- 13 — Cóccix
- 14 — Sacro
- 15 — Fondo de saco vesíco-uterino
- 17 — Fondo uterino
- 18 — Cuerpo del útero (cara posterior)
- 19 — Cuello del útero
- 21 — Fondo de saco recto-vaginal o de Douglas
- 36 — Asas intestinales





# DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

## Histerectomía vaginal

### *Indicaciones de la histerectomía vaginal*

En nuestro medio está más extendida la vía abdominal para la histerectomía que la vía vaginal.

Cuando una vía pierde actualidad, siempre podemos encontrar razones para ello.

A pesar de que la vía vaginal es más antigua y tiene una menor morbilidad, la pérdida de vigencia de la histerectomía radical tipo Schauta para cáncer de cérvix pudo suponer el predominio de la vía abdominal. Podemos considerar que, a partir de 1940, con la sistematización de la linfadenectomía pélvica en cáncer de cérvix introducida por Meigs, la vía vaginal para el cáncer de cérvix quedó sin indicaciones y las escuelas vaginalistas perdieron adeptos.

La teoría aparecida en los años 50-60 y convertida en una práctica habitual, que consistía en realizar anexectomía bilateral en toda histerectomía por encima de los 40 años para evitar una patología de los ovarios restantes, también supuso un duro golpe para la vía vaginal.

Actualmente, la situación ha variado en algunos aspectos, si bien la histerectomía radical de Schauta sigue prácticamente sin indicaciones reales, tanto para cáncer de cérvix como para cáncer de endometrio. También es cierto que la anexectomía es discutible incluso en la perimenopausia, con lo que las indicaciones de la histerectomía vaginal se amplían.

En general, la vía vaginal supone un menor trauma quirúrgico para la enferma, con una recuperación y restablecimiento del ritmo intestinal más rápido.

En mujeres obesas, ancianas o con úteros atroficos, la vía abdominal ofrece mayores dificultades quirúrgicas en cuanto a técnica, independientemente de tener una mayor morbilidad que la vía vaginal.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, las indicaciones de la vía vaginal lo serán en todos los prolapsos sintomáticos con o sin cistorrectocele y, en general, en las histerectomías en las que no sea necesario realizar anexectomía ni explorar

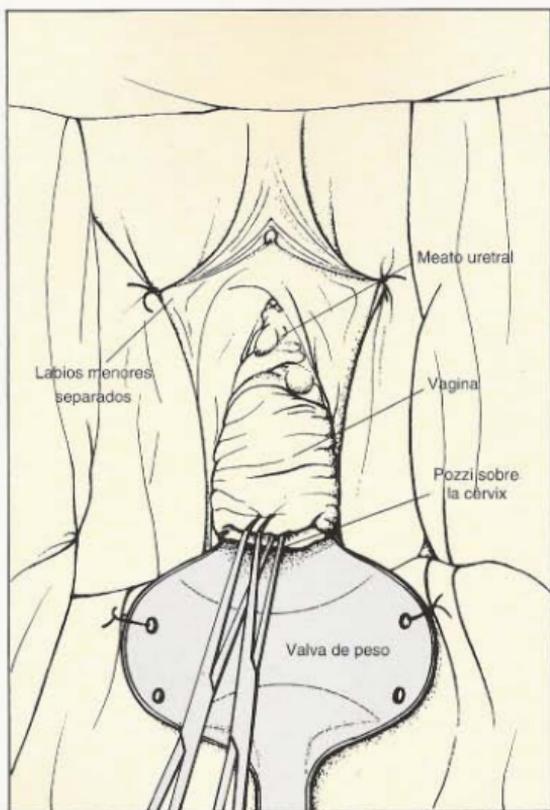


**Fig. 1.** Pinzamiento cervical.

la cavidad abdominal, y cuando las condiciones de tamaño del útero y su anclaje en la pelvis permitan la vía vaginal a juicio del cirujano ginecólogo que la vaya a realizar. Es, pues, de su competencia elegir la vía más adecuada para cada caso y, en la medida en que él domine las diferentes vías, su elección será más ecuánime.

### *Técnica operatoria*

Sería presuntuoso por nuestra parte identificar de algún modo la técnica



de histerectomía vaginal que vamos a relatar. Se trata de la técnica que habitualmente realizamos en el servicio y que nos proporciona, hasta el momento, buenos resultados con escasa morbilidad. Se podrán encontrar detalles de ella en los libros quirúrgicos más utilizados, como Parsons, Novack, Te Linde, Käser, etc., e incluso pequeñas modificaciones más en relación con los materiales de suturas e instrumental al uso actual. En palabras de Frank Novack «Las denominaciones asignadas a determinadas intervenciones no implican la exacta descripción del procedimiento original».

Como para nosotros no existe una sola técnica válida para la histerectomía va-



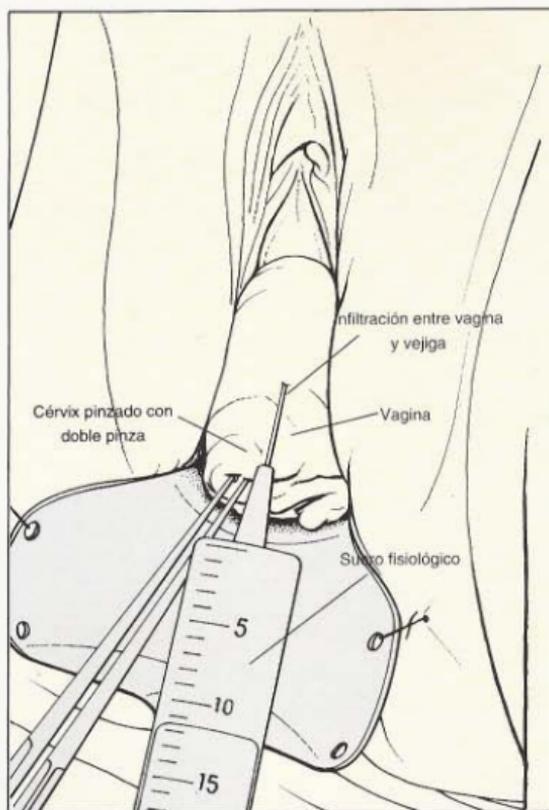
**Fig. 2.** Infiltración con suero fisiológico.

ginal, vamos a comentar la que realizamos con la intención de clarificar la visión del video sobre histerectomía vaginal.

En la histerectomía vaginal se realiza rutinariamente una profilaxis antibiótica y heparínica.

Es necesario contar con dos ayudantes, situados a ambos lados del cirujano, que faciliten las maniobras quirúrgicas con funciones coordinadas, y que utilicen convenientemente las valvas vaginales de bayoneta.

En el instrumental no deben faltar las pinzas de seguridad tipo Faure ni la valva de peso y las valvas de bayoneta. En general, por lo demás, cualquier instrumental

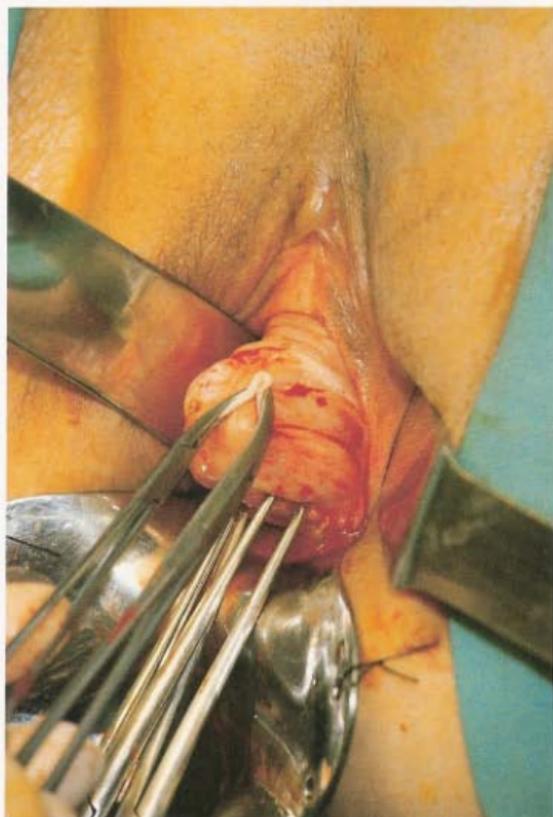


ginecológico habitual es suficiente.

Se utilizan normalmente suturas reabsorbibles de mediana o larga duración, que permitan realizar, especialmente en los gruesos pedículos, suturas con una buena tensión en los nudos.

La enferma se coloca en posición de litotomía con ayuda de perneras, y con el plano vulvo perineal sobresaliendo unos centímetros del borde de la mesa operatoria.

Se realiza una exploración bimanual con la enferma anestesiada para evaluar, antes de comenzar la intervención, el aparato genital interno y su nivel de fija-



**Fig. 3.** Disección vésico-vaginal.

ción. En ocasiones, esta maniobra la realiza el cirujano, efectuando tracción sobre el cérvix con una pinza de Pozzi.

Se sitúa una valva de peso sobre la vagina posterior, y si los labios menores no son atróficos se separan con puntos de fijación en la piel.

Efectuamos un sondaje vesical con una sonda rígida e investigamos con dicha sonda los límites de la vejiga. En general, es aconsejable mantener una discreta cantidad de orina en la vejiga para facilitar su disección.

Se realiza un pinzamiento del cérvix con pinzas de Pozzi o de Museaux para poder ejercer tracción sobre el útero (fig. 1).



Infiltramos con suero fisiológico en la cara anterior de la vagina, en los laterales y en la cara posterior del cuello, con la intención de disminuir el sangrado, facilitar la disección vesico-vaginal, aumentar el grosor del espacio vesico-vaginal y proteger de este modo la vejiga (fig. 2).

Llevamos a cabo una incisión romboidal sobre la cara anterior de la vagina y del cérvix. El corte debe ser perpendicular, incluyendo la fascia de Halban, el ángulo superior del rombo en el límite que consideramos más idóneo, los ángulos laterales sobre los parametrios laterales y el ángulo inferior sobre la cara posterior del cérvix en Douglas. La amplitud del rombo lo determina el grado de cistocele. Si el cálculo se

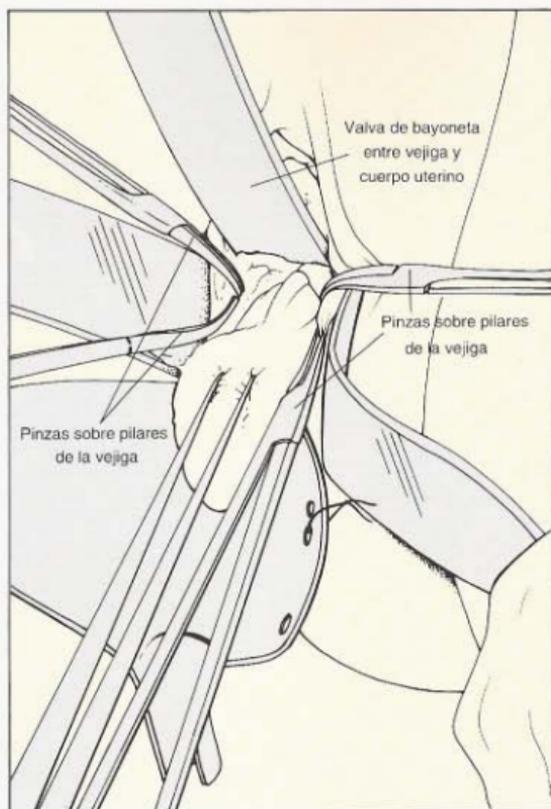


**Fig. 4.** Pinzamiento de los pilares de la vejiga.

realiza correctamente, al terminar la intervención y cerrar la vagina, ésta no quedará tensada ni será necesario recortarla.

### **Disección vésico-vaginal**

Con una ligera tracción sobre los dos mosquitos que pinzan la vagina y la fascia de Halban en el ángulo superior del rombo, y mediante la combinación de toques de bisturí y tracción, conseguiremos fácilmente separar la vagina y su fascia de la vejiga (fig. 3).



### *Disección de la plica vésico-uterina*

Éste es un paso importante de la histerectomía vaginal. Tradicionalmente se utiliza el dedo pulgar del cirujano, que, con la ayuda de una gasa, realiza maniobras de deslizamiento sobre el cuello y el cuerpo uterino para rechazar la vejiga y poder encontrar un buen plano vésico-uterino.

Esta maniobra es bastante brusca, y puede ser traumática para la vejiga si nos apoyamos poco sobre el cérvix, pero si para proteger la vejiga realizamos la fuerza sobre el cuello, podemos obtener un plano incorrecto introduciéndonos en mayor



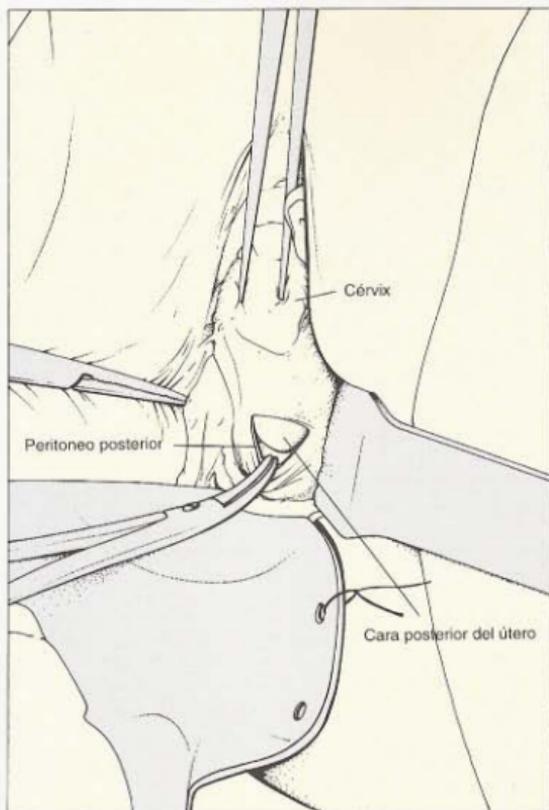
**Fig. 5.** Apertura de peritoneo posterior.

o menor grado en fibras miometriales, con la consecuente dificultad posterior para la apertura en su repliegue de la plica vésico-uterina.

Nosotros recomendamos identificar el límite inferior de la vejiga y, con un bisturí o una tijera de cirujano, buscar un plano en la parte central que permita introducir sin dificultades el dedo índice con el pulpejo resbalando en la línea media sobre el cuerpo hasta palpar el fondo uterino.

La maniobra debe ser suave. Si encontramos dificultades o resistencia para introducir el dedo, no estamos en el plano correcto y debemos buscarlo.

La introducción posterior de una bayoneta entre la vejiga y el cuerpo uterino per-



mite subir la vejiga, desplazar ambos uréteres y visualizar claramente los pilares de la vejiga o parametrios anteriores.

### **Pinzamiento de los pilares de la vejiga**

Manteniendo la valva de bayoneta entre la vejiga y el cuerpo uterino se realiza el pinzamiento de los pilares o parametrios anteriores. Éste es el momento en que podemos provocar una lesión ureteral. Para evitarlo, podemos palpar el uréter en la



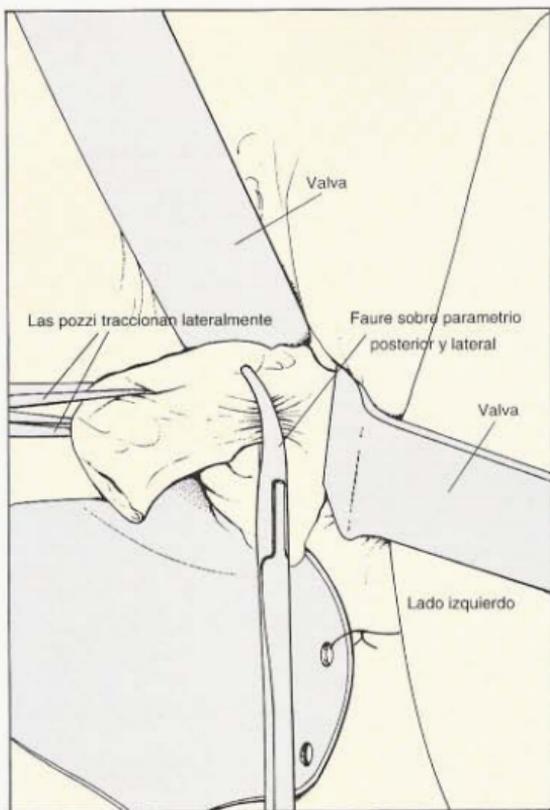
**Fig. 6.** Pinzamiento parametrios posteriores y laterales.

vejiga, aunque si el pinzamiento sobre los pilares no es muy amplio y la pinza la colocamos en ángulo de 45-60° sobre el plano uterino, las posibilidades de lesión ureteral serán muy escasas. En general, las lesiones ureterales son mucho menos frecuentes en la vía vaginal que en la abdominal (fig. 4).

Tras el corte y la ligadura de los pilares y mediante una disección y un corte con tijera, se podrá desplazar la vejiga y alejarla para maniobras sucesivas.

### **Apertura del Douglas posterior**

En la histerectomía vaginal, los pedículos son generalmente gruesos. Para

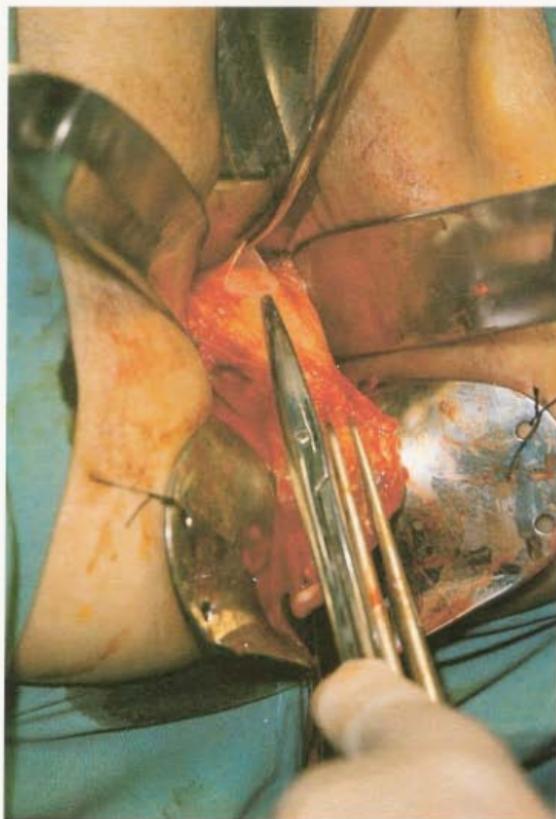


aumentar la seguridad de las suturas, el corte debe realizarse alejándolo convenientemente de las pinzas.

Una vez conseguido el plano con las tijeras o el bisturí, se realiza una disección digital liberando 2-3 cm de vagina sobre los parametrios laterales, cardinales o Mackenrodt, y un trayecto similar sobre los parametrios posteriores o útero-sacros, que se identifican fácilmente al traccionar el cérvix hacia arriba.

Entre ambos útero-sacros y con una tijera se abre el peritoneo en el fondo de saco de Douglas, ampliando ligeramente la apertura lateralmente.

La apertura del peritoneo posterior nos permite por primera vez durante la intervención la exploración digital intraabdominal, un mejor pinzamiento de los para-

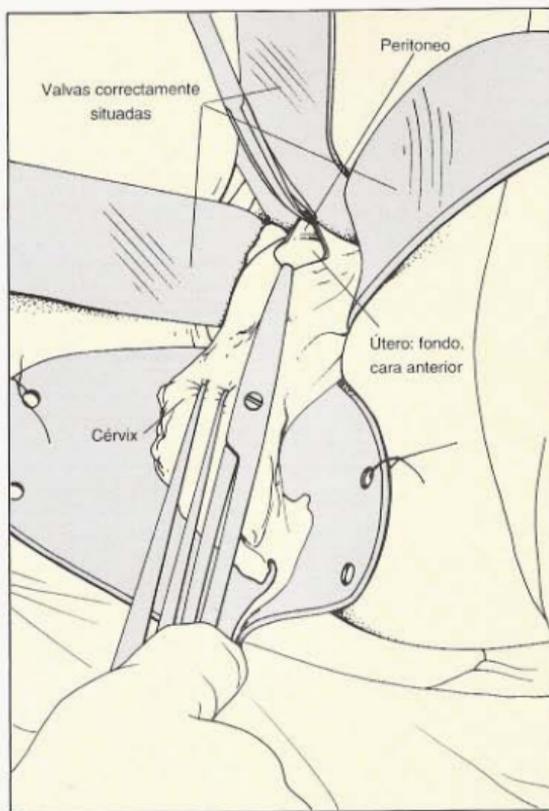


**Fig. 7.** Apertura del peritoneo anterior.

metrios posteriores y eventualmente, si la apertura del peritoneo a nivel de la plica vésico-uterina es dificultosa, podemos optar por realizar una ayuda digital bordeando el fondo del útero y facilitar la apertura peritoneal anterior (fig. 5).

**Pinzamiento de los parametrios posteriores o útero-sacros  
y de los parametrios laterales, cardinales o Mackenrodt**

Si su grosor lo permite, el pinzamiento se puede realizar en un solo tiempo,



con una pinza de seguridad como puede ser la de Faure, procurando que la punta de la pinza resbale sobre el cérvix y que su posición final sea lo más perpendicular posible al eje del cérvix, convenientemente alejada de los vasos uterinos.

La sección alejada de la pinza y la ligadura doble se realizará con una sutura que permita una fuerte tensión sobre el pedículo.

Los pedículos de ambos lados se fijarán por separado con pinzas de mosquito.

Si no fuese posible el pinzamiento de los parametrios posterior y lateral en una sola vez, se realizarán por separado, y en este caso se fijarán sólo los pedículos correspondientes al útero-sacro (fig. 6).

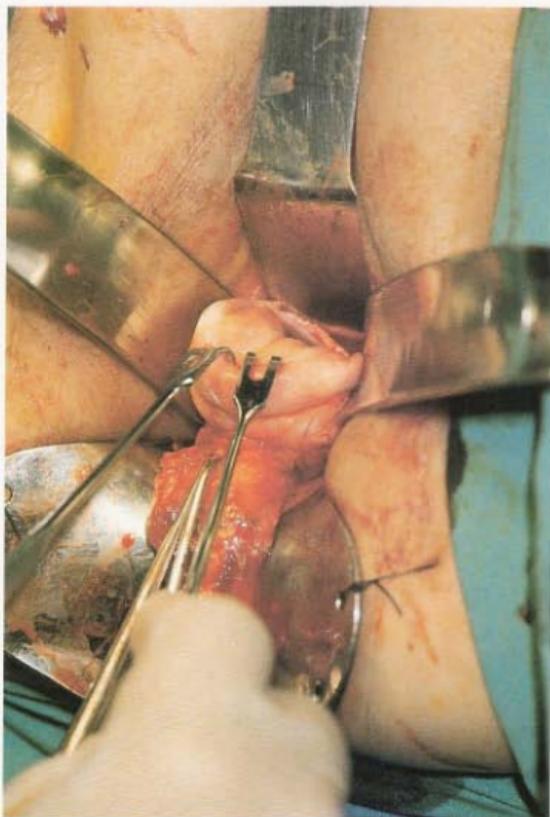
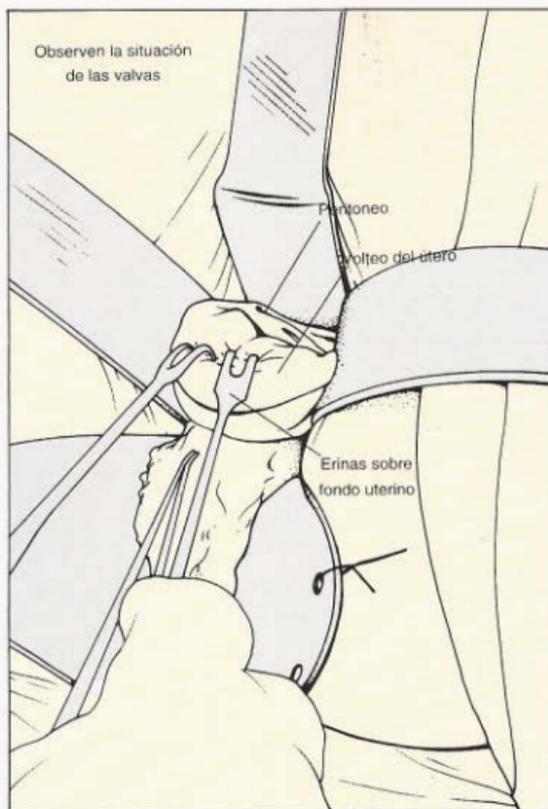


Fig. 8. Erinas volteando el útero.

### **Apertura del peritoneo anterior**

Con la valva de bayoneta sobre la vejiga, y una vez identificado el peritoneo del pliegue vésico-uterino, se levanta con una pinza de disección y se incide en la línea media con tijeras de cirujano, prolongando la incisión lateralmente para permitir el paso del cuerpo uterino por la incisión realizada en el peritoneo.

En este momento podemos realizar una inspección y palpación de las estructuras anexiales, confirmar el grado de tensión de los pedículos útero-ováricos y de los ligamentos redondos, y evaluar claramente la posibilidad de volteo y exéresis uterina; el corte de la fijación posterior y lateral —útero-sacros y parametrios latera-

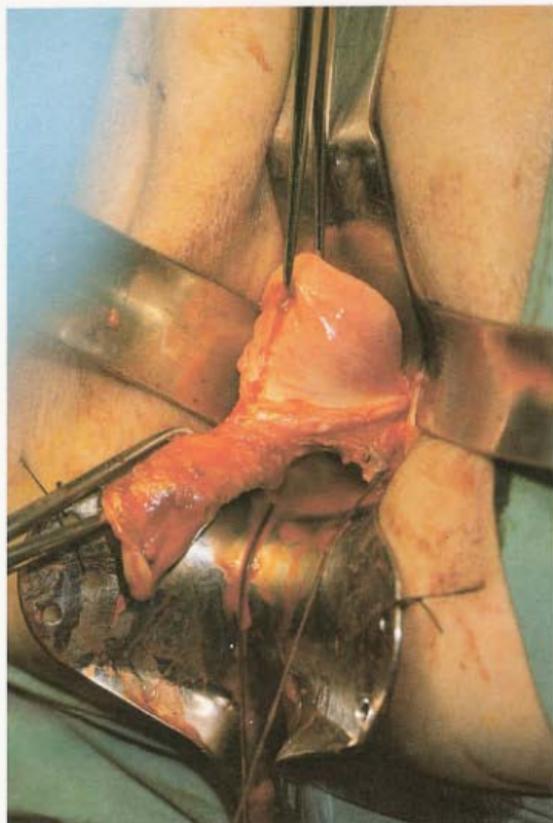


les— deja al útero suspendido únicamente por los ligamentos redondos y útero-ováricos.

No añadimos indicaciones para identificar el peritoneo anterior ni el posterior, ya que consideramos que su localización no ofrece dificultad, y de este modo simplificamos la técnica (fig. 7).

### **Volteo del útero**

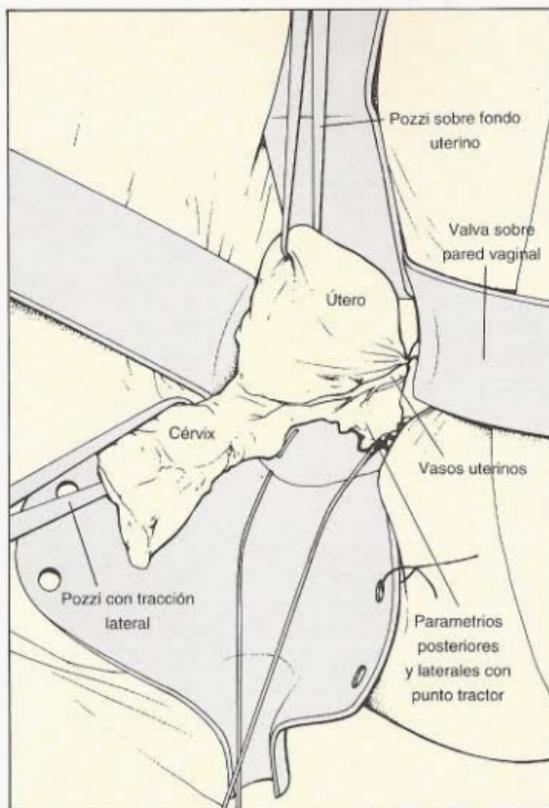
Generalmente, el volteo hacia adelante del útero se realiza con erinas aun-



**Fig. 9.** Exposición de la vascularización uterina y pedículo uteroovárico-redondo izquierdo.

que también es posible realizarlo con las pinzas de Pozzi e incluso hasta con el dedo.

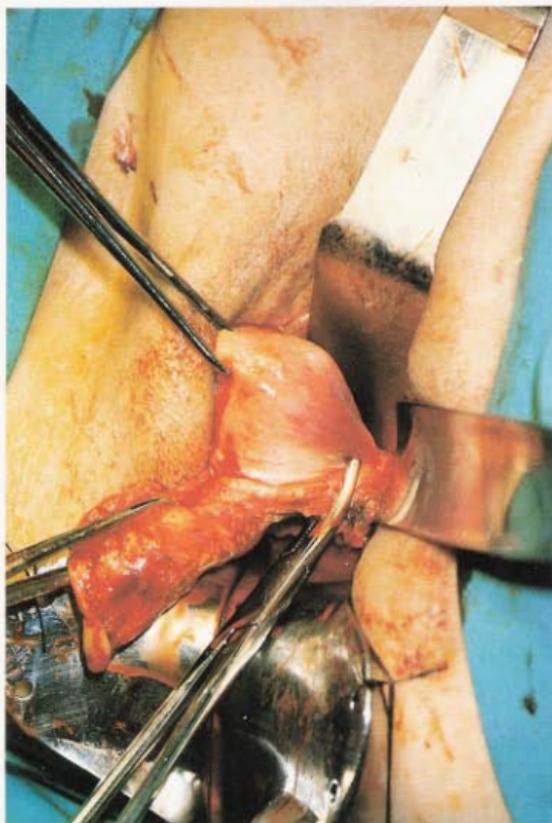
Tradicionalmente, los vasos uterinos se pinzan y se seccionan antes de las maniobras de volteo. Nosotros encontramos más fácil su pinzamiento, sección y ligadura después del volteo. Además, si existieran adherencias o fijaciones del útero que impidiesen su exteriorización, podríamos optar por cerrar las aperturas peritoneales y terminar la intervención en los casos de prolapso uterino con amputación cervical y fijación parametrial, realizando una variante de la operación de Manchester-Donald-Fothergill (fig. 8).



### **Pinzamiento de los vasos uterinos y de los pedículos útero-ováricos y redondos**

Pinzamos el fondo del útero con una pinza de Pozzi. Con una ligera tracción lateral del fondo del útero y del cérvix, y con la colocación de una valva sobre la pared lateral vaginal, se pueden visualizar fácilmente las estructuras vasculares uterinas, el pedículo útero-ovárico, la trompa y el ligamento redondo (fig. 9).

Se realiza el pinzamiento con pinzas de seguridad tipo Faure. En la primera pinza incluimos la vascularización uterina por dentro del punto tractor del pedículo



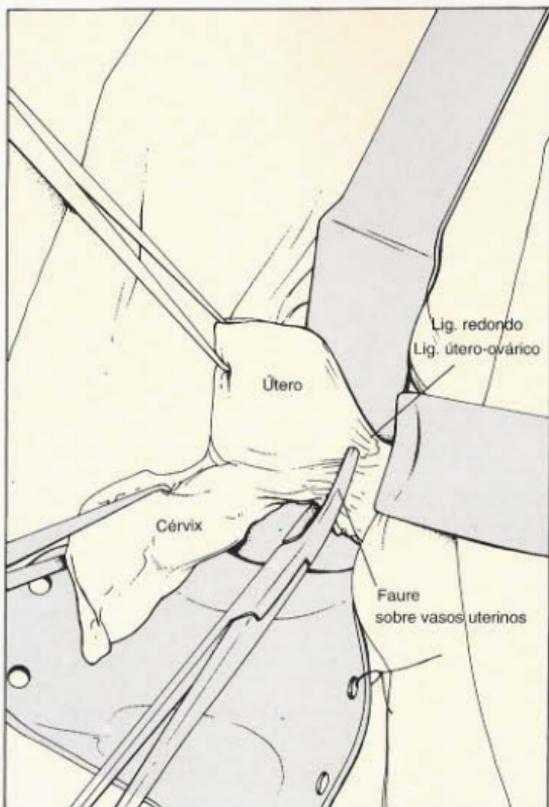
**Fig. 10.** Pinzamiento vasos uterinos lado izquierdo.

parametrial. Esta pinza incluye parte del ligamento ancho. La segunda pinza la afrontamos a la primera, e incluye útero-ovárico, trompa y ligamento redondo (fig. 10).

Este momento de la intervención exige una especial atención, sobre todo en lo referente a la ligadura de los pedículos útero-ováricos, que tienen tendencia a retraerse hacia el abdomen (figs. 11 y 12).

El corte debe realizarse alejado de las pinzas de Faure, aunque ello signifique acercarse mucho al lateral y al cuerpo uterino. Para ofrecer seguridad en la ligadura, las suturas se realizan dobles, procurando dejar el tractor que fija el pedículo en la ligadura más proximal.

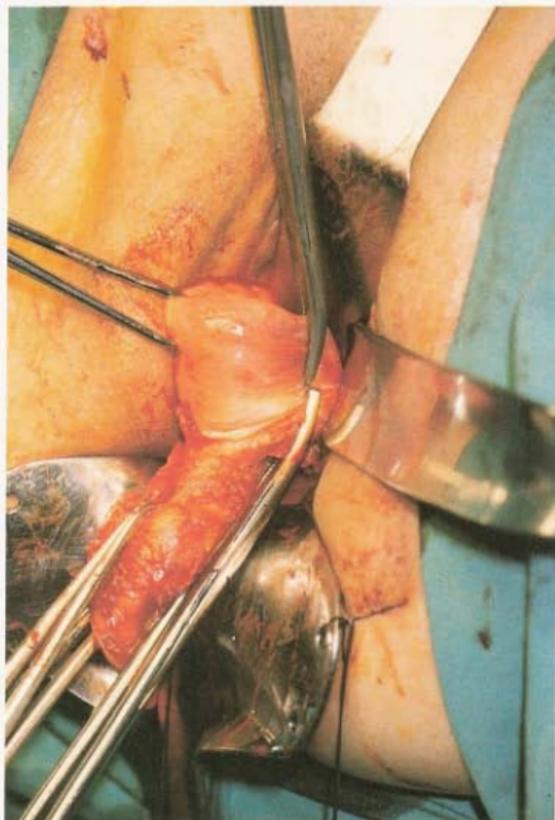
En general, la inspección y palpación anexial permite evaluar el estado de los



ovarios, que no se suelen extirpar por vía vaginal; sin embargo, pueden existir casos concretos y puntuales donde la visualización ovárica puede determinar la necesidad de una anexectomía (pequeños quistes, focos endometriósicos, etc.).

Se realiza una vez extirpado el útero. En un primer tiempo valoraremos mediante tracción sobre el pedículo útero-ovárico las posibilidades de la anexectomía. Si con una tracción suave pero mantenida podemos colocar una pinza de seguridad perpendicular al infundíbulo ovárico, la anexectomía no presentará dificultades, ya que con otra pinza de Faure sobre el meso del ovario completamos el pinzamiento.

En el caso de realizar anexectomía, no realizaremos tracciones ni puntos de fijación con el infundíbulo ovárico, por el riesgo de rotura del plexo venoso ovárico;

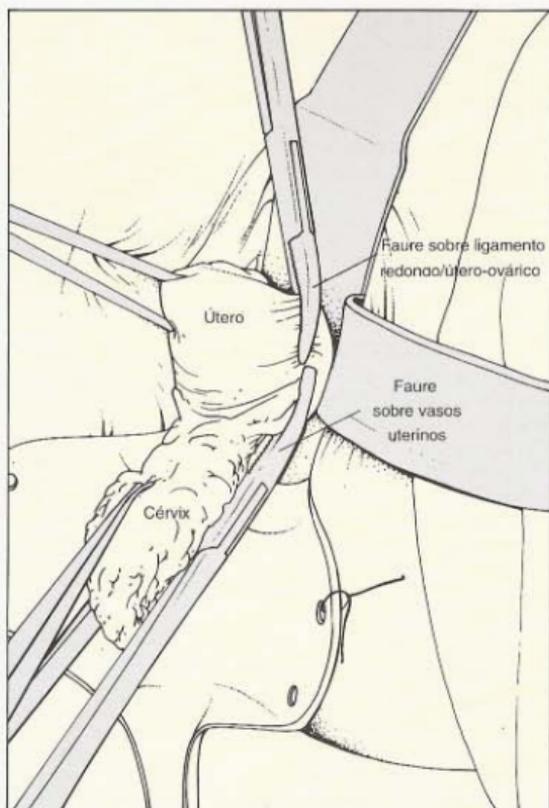


**Fig. 11.** Pinzamiento de los vasos uterinos y del pedículo uteroovárico-redondo-trompa.

será necesario identificar el ligamento redondo y utilizarlo como tractor para la fijación a cúpula vaginal. La anexectomía por vía vaginal no siempre es técnicamente posible, aunque de un modo excepcional es preferible una ayuda laparoscópica o laparotómica antes que el intento de anexectomía con la realización de maniobras de tracción que puedan suponer roturas vasculares de los vasos ováricos.

### **Peritonización**

Identificado el peritoneo, lo fijamos con una pinza vascular en su borde ante-

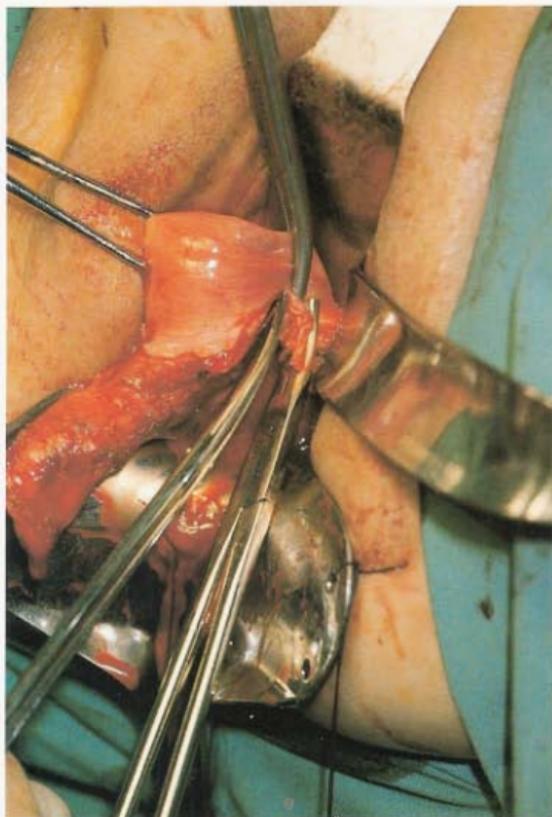


rior y posterior.

Realizamos una peritonización en bolsa de tabaco, dejando los pedículos extraperitoneales. Para facilitararlo, es conveniente traccionar ligeramente de los pedículos posteriores-laterales y de los útero-ováricos-redondos (fig. 13).

### **Fijación de los pedículos a la cúpula vaginal**

Para evitar tracciones sobre ligaduras que realizan hemostasia, y antes de

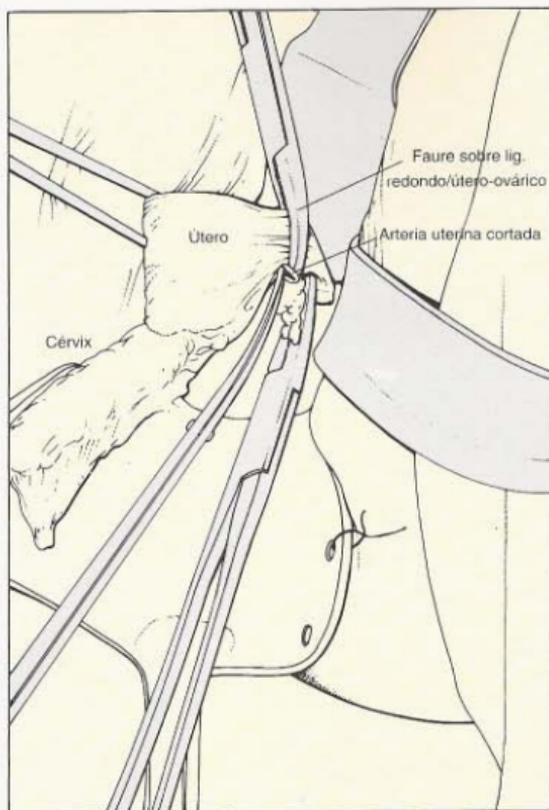


**Fig. 12.** Corte de la vascularización uterina lado izquierdo.

fijar los diferentes pedículos a la cúpula vaginal, realizamos la unión mediante un punto de los pedículos útero-sacros/parametrios, por un lado, y de los útero-ováricos/redondos por otro, intentando, que la transfixión se realice sobre útero-sacros en el pedículo posterior y sobre redondos en el pedículo anterior, utilizando para ello una sutura reabsorbible de larga duración.

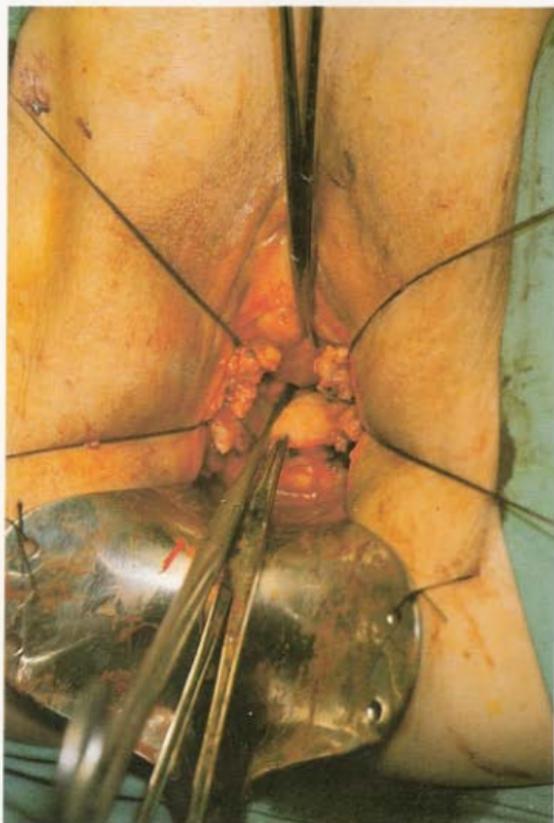
En un primer tiempo, y mediante una aguja para montar, llevaremos el punto de útero-sacro cerca del ángulo posterior del rombo tallado sobre la vagina, y en un segundo tiempo, sobre los ligamentos redondos laterales al anterior.

La fijación de redondos y útero-sacros a la vagina permite un buen soporte de la cúpula vaginal, especialmente en grandes prolapsos, donde conseguimos la



reinversión de la vagina prolapsada. Los puntos antes citados se anudan tras el cierre de la vagina.

La fijación que acabamos de describir en la página anterior nos ha permitido realizar una buena profilaxis del prolapso de cúpula vaginal. Es en este sentido que hemos querido valorar su eficacia, aunque también no deja de ser cierto que la tracción del ángulo vaginal eleva el fondo del saco de Douglas y dificulta el drenaje de las secreciones que producen la lisis de los gruesos pedículos de una histerectomía vaginal; aun conociendo este inconveniente la fijación la realizamos de forma rutinaria.



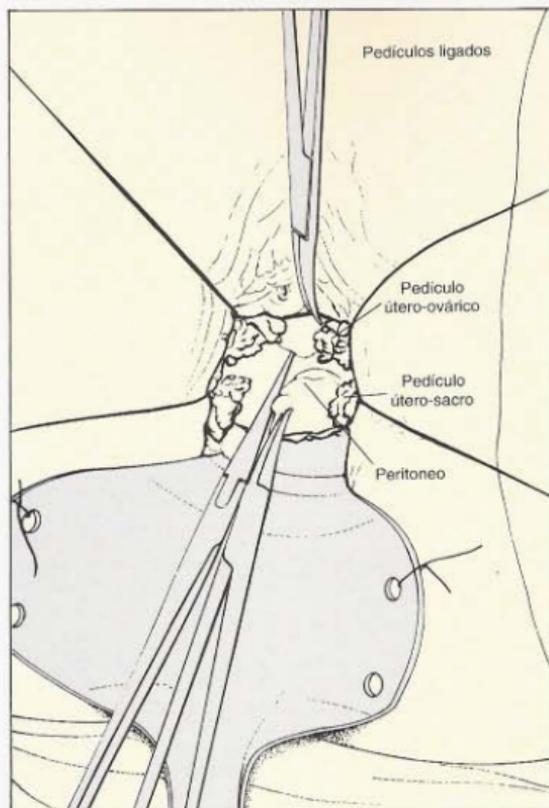
**Fig. 13.** Peritonización, pedículos extraperitoneales.

### **Corrección del cistocele y cierre de la vagina**

En el caso de existir un cistocele es conveniente su liberación lateral y la realización de una bolsa de tabaco sobre la vejiga.

Si existiese un uretrocele sintomático con incontinencia de orina de esfuerzo, los puntos de plicatura uretral para mejorar el ángulo uretro-vesical son bien tolerados, y técnicamente no ofrecen dificultad, aunque su beneficio sobre la incontinencia urinaria ofrece resultados relativos.

El cierre de la vagina se realiza con puntos entrecortados y sutura reabsorbible (fig. 15).



Una vez cerrada la vagina, se anudan los puntos de fijación sobre la cúpula vaginal, en un primer tiempo, el realizado sobre útero-sacros y, posteriormente, la transfixión sobre ligamentos redondos (fig. 15).

Colocamos una sonda vesical permanente que se mantendrá un tiempo variable en función de la manipulación que hayamos realizado sobre la vejiga, en general 72 horas que se aumentan hasta 5 días en los casos de corrección uretral.

Normalmente se realiza un taponamiento vaginal con una tira de gasa embebida en una solución antiséptica, que mantendremos aproximadamente 6 horas para facilitar la isquemia de los pequeños vasos en el territorio véstico-vaginal (fig. 16).



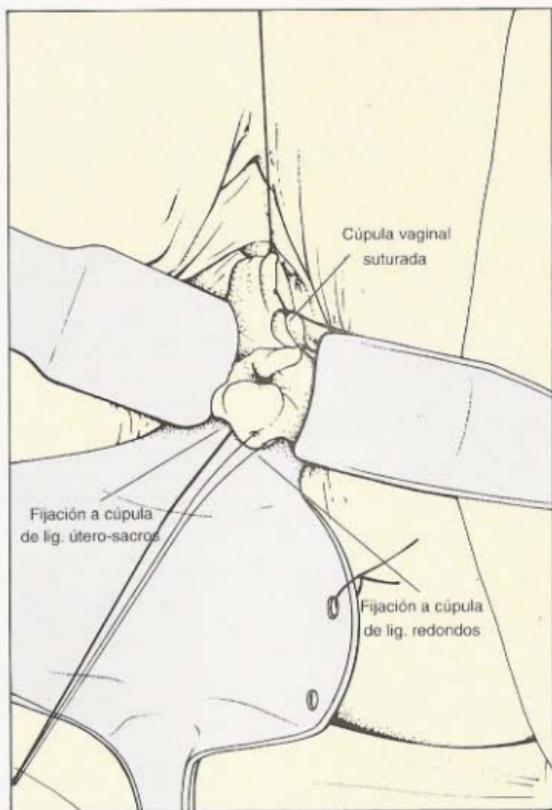
**Fig. 14.** Fijación de pedículos a cúpula vaginal.

### **Postoperatorio**

Realizamos profilaxis antibiótica que mantenemos las primeras 24 horas.

La profilaxis heparínica la mantenemos hasta la movilización activa, que suele ser precoz.

El postoperatorio de una histerectomía vaginal es muy agradecido, la paciente, ha recuperado su ritmo intestinal y deambula sin dificultad, aunque ligeramente dolorida si hemos forzado excesivamente sus caderas en la abducción de la litomía, al día siguiente de la intervención.

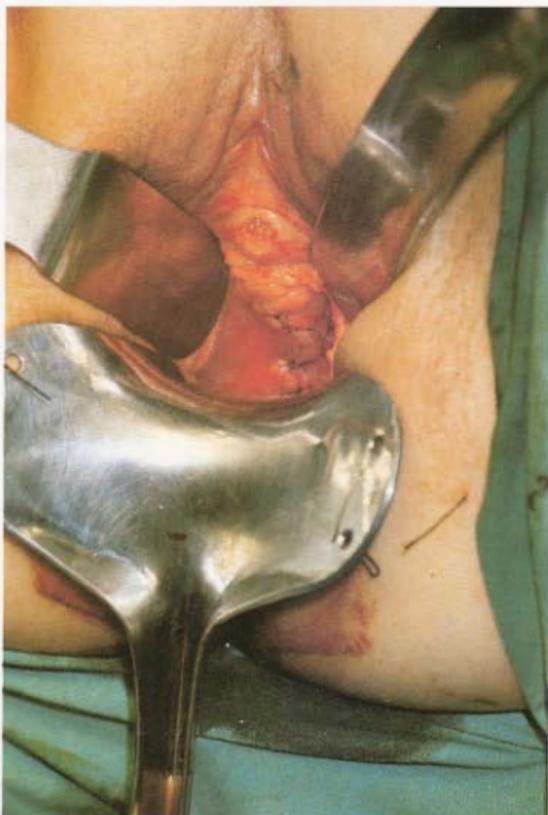


Sin embargo hay que prestar especial atención a las pequeñas complicaciones.

Riesgo infeccioso sobre vías urinarias bajas favorecido por el sondaje y las manipulaciones vesicales durante la intervención.

Colección hemática o absceso en Douglas posterior, que se presenta excepcionalmente pero que al ser tardío, 5.º o 6.º día, puede dar la sintomatología extracálica, y por ello debemos incluir información sobre sus síntomas en las recomendaciones al alta.

Por último, una referencia al importante trabajo que desarrolla la enfermera



**Fig. 15.** Suspensión de cúpula vaginal tras su cierre.

de la planta de hospitalización en la evaluación del tono vesical antes de retirar la sonda y en la comprobación de las primeras micciones espontáneas, que evitarán una de las complicaciones más fáciles de prevenir con un buen cuidado de enfermería: la retención urinaria y la atonía vesical posterior.

Las pequeñas complicaciones postoperatorias no nos deben alarmar ni confundir, porque en general la histerectomía vaginal, como hemos comentado anteriormente, supone un trauma quirúrgico escaso y la recuperación de la enferma es francamente rápida.

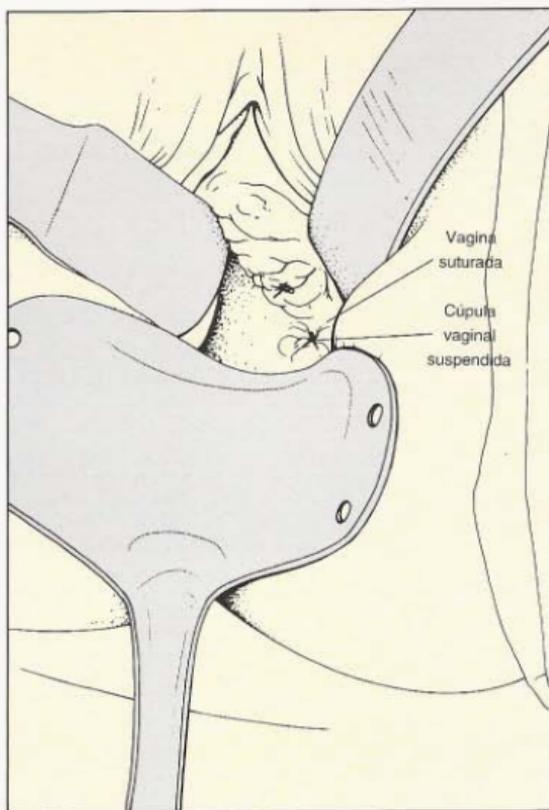
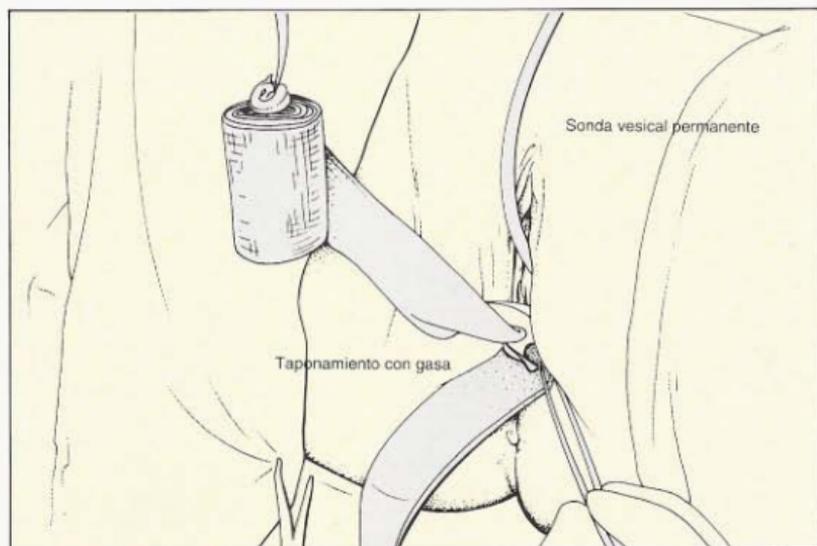




Fig. 16



# RECUERDO HISTÓRICO DE LA VULVECTOMÍA

## Antecedentes históricos

No abundan los antecedentes históricos sobre cirugía vulvar. Es de suponer que, siendo en principio una lesión superficial y visible, se resecaría, en la misma medida en que se hacía con los tumores de la piel, en una primera época resecciones tumorales y posteriormente, con el avance en los conocimientos anatómicos, resecciones vulvares.

El cáncer de vulva se presenta clínicamente a una edad media de 65-70 años. El porcentaje de enfermas con posibilidad de desarrollar un cáncer de vulva en la antigüedad era mucho menor, sólo por su expectativa de vida, que se situaba cerca a los 40 años.

Por otro lado, el asentamiento de la lesión en el aparato genital externo y las dificultades que tenían los médicos para ver ciertas partes del cuerpo femenino, nos deben situar en la 2.<sup>a</sup> mitad del siglo XIX como una fecha prudente para iniciar la etapa científica en el abordaje quirúrgico del cáncer de vulva.

En la época del Renacimiento italiano, Leonardo da Vinci y André Vesalio nos han dejado la fuerza de sus dibujos.

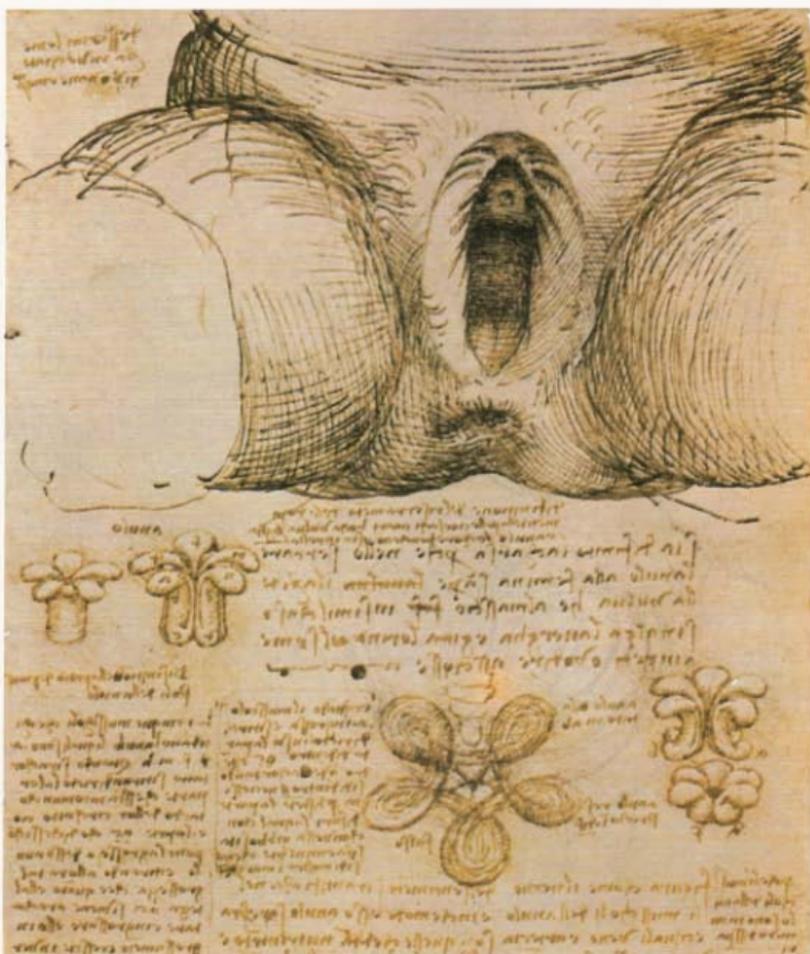
## Los precursores

El perfeccionamiento y el avance en la cirugía sobre la vulva está muy vinculado al conocimiento del drenaje linfático vulvar.

En 1874, Sappey (1810-1893) describió el drenaje linfático sobre la vulva. En aquellos años era profesor de anatomía en París, más adelante fue presidente de la Academia Médica de París. Sappey afirmaba que todo el drenaje linfático del cáncer de vulva se dirigía hacia los ganglios inguinales y crurales.

Ruprecht, en 1886, considerando las teorías de Sappey, Eichner y cols. sobre drenaje linfático, fue quizás el primero en abordar la linfadenectomía con dos incisiones; una de ellas por encima y paralela al ligamento inguinal, y otra vertical a lo largo de los vasos femorales.

El mismo Ruprecht, en 1912, modificó la técnica uniendo las dos incisiones,



### Genitales externos y vagina con sección del esfínter anal

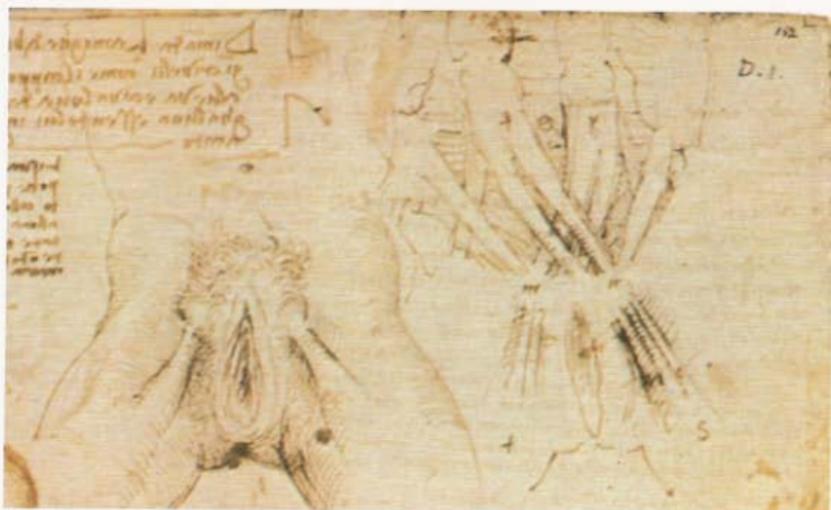
Para Leonardo da Vinci, todas las aperturas del cuerpo humano, en especial los orificios, estaban dotados de mecanismos de apertura y cierre, es decir que eran esfínteres. En algún lugar se define esta palabra como «un sistema que recibe lo necesario y expulsa lo superfluo». El dibujo principal, que ocupa la parte superior del folio, ilustra la vulva de una mujer, tal como aparece después del parto. Nos es posible distinguir el himen, los labios menores y el clítoris. Los diseños más pequeños, en cambio, constituyen la más notable tentativa emprendida por Leonardo para resolver el complejo problema del esfínter anal. La figura mayor, ubicada en el centro del folio, tiene una palabra que parece haber sido agregada después: «Falso», y se debe sin duda a la conclusión de que en el esfínter anal hay cinco músculos y no tres o siete.



### Genitales femeninos y sección lateral de una mujer en el primer estadio del embarazo

Fiel a una idea renacentista de origen neoplatónico, en las notas que enmarcan este dibujo Leonardo intenta trazar una analogía entre ambos sexos analizando su morfología complementaria. El diseño presenta el órgano femenino con los ovarios a cada lado y el conducto que los liga con la parte inferior del útero. La figura mayor nos muestra una perspectiva casi evanescente del útero con los tres conductos en posición simétrica.

En la figura lateral derecha, el cuerpo de mujer revela un útero en el comienzo del embarazo. Detrás de la vejiga dilatada se distinguen los conductos que penetran en la vejiga y en el útero.



### Vista externa de los genitales femeninos

En la parte derecha se puede reconocer una concepción errónea en relación a la posición de los músculos abdominales.

y realizó la extirpación en bloque de la vulva junto con el tejido célula-adiposo inguinal.

Debe reconocerse, sin embargo, que fue Pringle (1908) quien recomendó y realizó el tratamiento de los melanomas malignos de vulva, y la extirpación en un solo bloque de la vulva junto con las cadenas linfáticas.

## Los pioneros

Los estudios que sobre la circulación linfática vulvar se desarrollaron en los primeros años del siglo xx, fueron claves para el perfeccionamiento de la cirugía del cáncer de vulva.

Parry-Jones estudió los vasos linfáticos superficiales y profundos, y sugirió el paso linfático a través de los pudendos internos, aunque no pudo demostrar una vía directa hacia los ganglios pelvianos.

Cunéo, Marcille, Reiffenstuhel y el propio Parry-Jones señalaron que el glande del clítoris, y quizá la parte superior del labio menor, tenían un flujo linfático especial que iba directamente a los ganglios pelvianos, además de contribuir en la vía común de los inguinales superficiales y profundos. También reconocieron el ganglio de Cloquet como última estación inguinal o primera pelviana.

Estos conocimientos sobre la circulación linfática hicieron que se abordase la cirugía con mayor radicalidad.

Basset, en 1912, propuso para el carcinoma de clítoris una incisión bilateral de espina a espina a través de pubis, retirando en bloque los linfáticos y la vulva.

Kearer, en 1912, propuso por primera vez la utilidad de la disección pelviana para la exéresis de los linfáticos.

El perfeccionamiento de la técnica y el mejor conocimiento anatómico hizo que surgieran de entre los pioneros los grandes maestros de la cirugía del cáncer de vulva, entre los que destacan Varela, Taussing y, especialmente, Stanley Way.

## **Cirugía contemporánea**

Taussing, en 1940, modificó la incisión de Basset, y con una incisión vertical que cruza el ligamento inguinal, realiza la linfadenectomía por separado, y en un segundo tiempo realiza la vulvectomía. Su técnica y su condición de estadounidense supuso la generalización de la técnica en su país.

Stanley Way, en 1948, con su famosa incisión en alas de mariposa, recomendó la exéresis de todo el monte de Venus, las cadenas ganglionares superficiales y profundas, y un margen de piel importante en la cara interna del muslo y de la vulva desde el surco genito-femoral, todo ello en bloque para configurar la conocida vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal superficial y profunda con incisión de Way.

La técnica de Way, con pequeñas modificaciones en la menor o mayor amplitud de la resección cutánea, está vigente en la actualidad. La biopsia intraoperatoria de los ganglios de Cloquet y la linfadenectomía pélvica, descrita asimismo por Way vía extraperitoneal, es un procedimiento seguido en los servicios de ginecología para abordar el cáncer invasor de vulva.

La vulvectomía radical con incisión de Way es una intervención mutilante y con un postoperatorio complejo por la dehiscencia e infección de las suturas. Por otro lado, la linfadenectomía pélvica extraperitoneal no se realiza siempre, y por ello supone, dado el escaso número de cáncer de vulva, que la técnica para la exéresis ganglionar pélvica sea realmente excepcional, con la inseguridad quirúrgica que ello puede suponer.

Quizá por todo esto, la vulvectomía radical está siendo cuestionada, especialmente por su radicalidad.

Hay escuelas donde, dependiendo del grado de infiltración, que sitúan en < 5 mm, no realizan linfadenectomía (Warton y cols., y Parker y cols.) DiSaia en 1979, realizó un trabajo prospectivo con tumorectomía y linfadenectomía superficial. En 1985 publicó los resultados de sus 18 pacientes sin recidivas hasta el momento.

Está cuestionada también la amplitud de la exéresis cutánea, y en estos momentos la técnica de Taussing con incisiones independientes para la linfadenectomía y para la vulvectomía está ganando adeptos.

Para continuar con la polémica, estudios prospectivos, como el de Homesley y cols. en 1986, sugieren que la radioterapia pelviana ofrece mejores resultados que la linfadenectomía.

Respetando los diferentes trabajos prospectivos en cuanto a recidivas locales o generales, hay que recordar que en oncología se deben manejar resultados a 10-15 años de la prospección concreta y, por ello, tendrán que pasar los años para confirmar las ventajas e inconvenientes de las diferentes técnicas.

Por el momento, la vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal superficial, profunda y pélvica, si los datos anatómico-clínicos lo indican, debe ser el tratamiento de elección en el cáncer invasivo de vulva.



# ANATOMÍA DESCRIPTIVA PARA LA VULVECTOMÍA RADICAL

## Introducción

Podemos considerar la anatomía de la región vulvar e inguinal como aquella que ofrece pocas variaciones abierta, superficial y con grandes espacios para el manejo quirúrgico.

La patología (tumor) no suele modificar especialmente la estructura anatómica donde se desarrolla el trabajo quirúrgico; por ello, es importante un conocimiento de la zona anatómica, porque la veremos reflejada puntualmente cuando realicemos la disección quirúrgica.

El triángulo de Scarpa debe conocerse correctamente antes del abordaje quirúrgico. También es cierto que, a pesar de los grandes vasos que lo surcan en su fondo, no ofrece dificultades anatómicas.

Son excepcionales las anomalías anatómicas en los paquetes musculares. Igualmente, la arteria y vena femoral discurren y dan o reciben aferentes con escasas diferencias de una enferma a otra.

La cirugía es superficial y la disección vascular es, por ello, cómoda; cualquier injuria vascular se soluciona fácilmente.

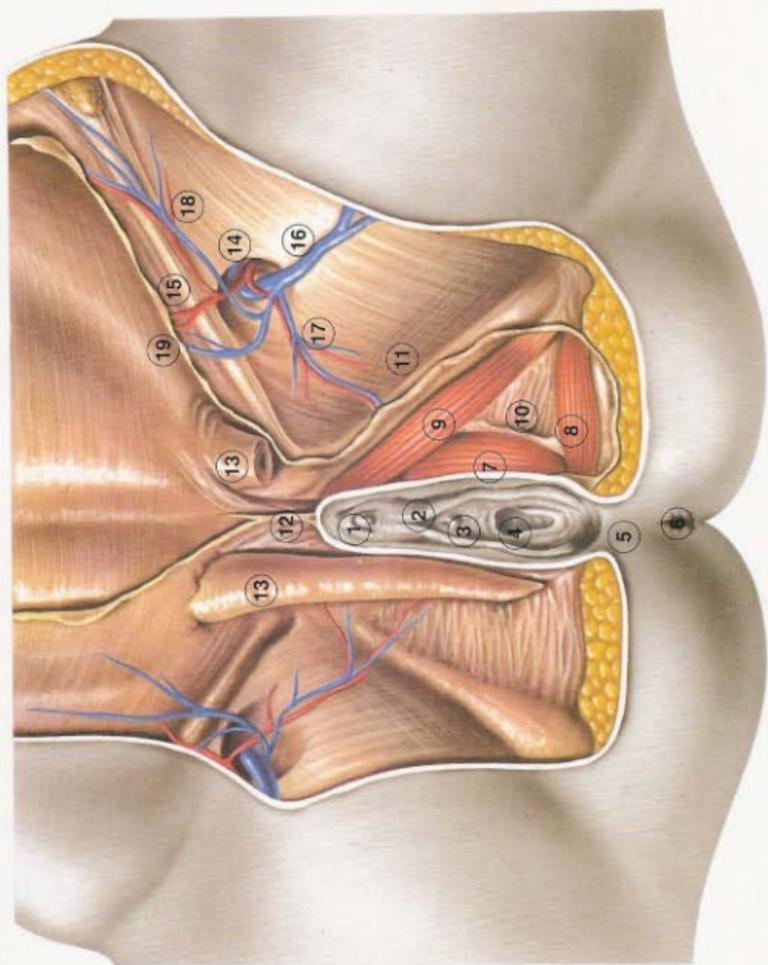
El inconveniente de la zona es el de no ser campo habitual en el trabajo quirúrgico del ginecólogo: el triángulo de Scarpa, el anillo inguinal, el ligamento de Poupert y el territorio pélvico extraperitoneal, tan solo se abordan en la vulvectomía radical. Es una intervención por otro lado infrecuente; por ello siempre recomendamos al equipo de cirujanos que abordan una vulvectomía radical, que previamente a la intervención realicen un recordatorio esencialmente anatómico y expresamente de la zona inguinal.

La zona vulvar es anatómicamente sencilla; la vascularización, con la excepción de la zona clitorídea y perineal, es bastante inconstante e irregular, aunque debemos manejar con cuidado los planos recto-vaginal y uretro-pubiano para una correcta exéresis vulvar.

**Esquema 1**  
**Vision de los genitales femeninos externos.**

El esquema representa una visión anterior de los genitales externos de una mujer adulta. En el lado derecho se ha diseccionado la piel, lo que nos permite una visión de las fascias y vasos regionales. En el lado izquierdo se ha diseccionado la fascia del periné, lo que nos permite la visión de los músculos.

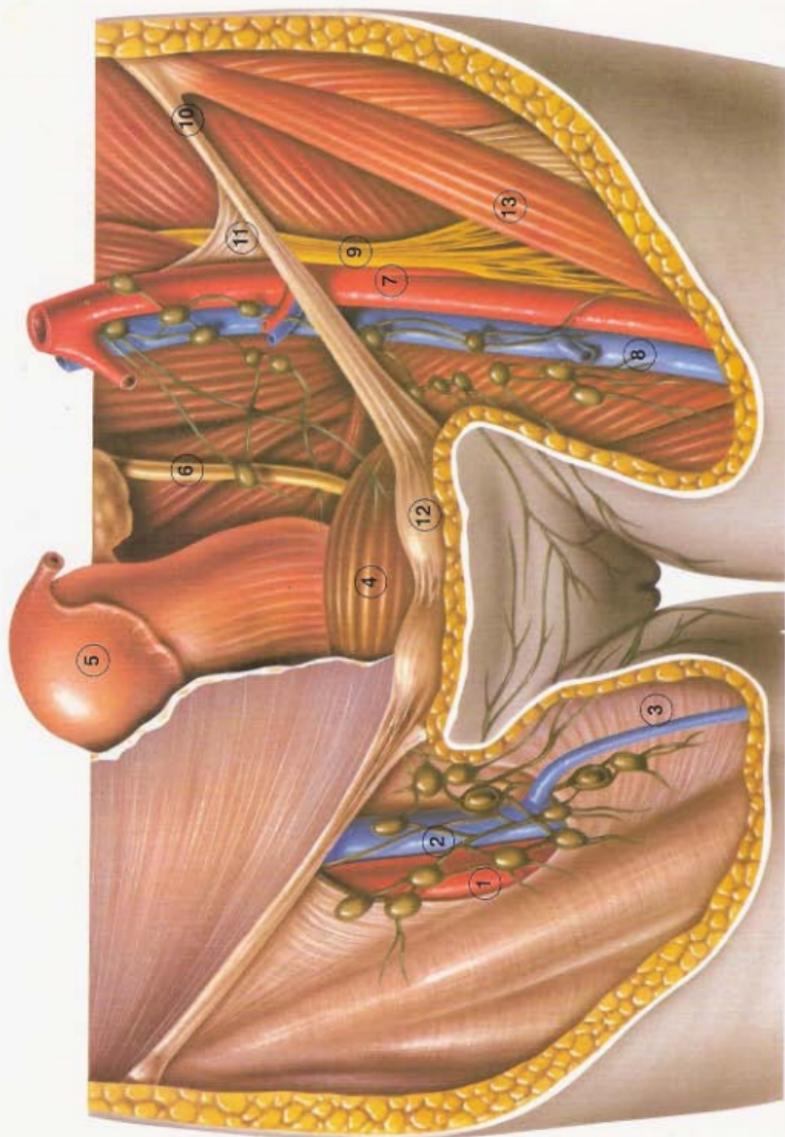
- 1 — Clitoris
- 2 — Labio menor de la vulva
- 3 — Orificio externo de la uretra
- 4 — Orificio vaginal
- 5 — Rate perineal
- 6 — Ano
- 7 — Músculo bulbocavernoso (haces profundos)
- 8 — Músculo transverso superficial del periné
- 9 — Músculo isquiocavernoso
- 10 — Diafragma urogenital (músculo transverso profundo del periné)
- 11 — Fascia lata o cribiforme
- 12 — Ligamento suspensorio del clitoris
- 13 — Ligamento redondo (en el lado izquierdo aparece seccionado)
- 14 — Fosa oval
- 15 — Ligamento inguinal
- 16 — Vena safena mayor
- 17 — Arteria y vena pudendas externas
- 18 — Arteria y vena circunflejas ilíacas superficiales
- 19 — Arteria y vena epigástricas superficiales



## **Esquema 2** **Visión de la vascularización linfática de los genitales femeninos externos.**

El esquema representa una visión anterior de los genitales externos de una mujer adulta. En el lado derecho se ha diseccionado la piel, lo que nos permite una visión de las fascias, ligamentos y vasos regionales sobre los que se encuentran los ganglios linfáticos inguinales superficiales. En el lado izquierdo se ha diseccionado la fascia abdominal y la fascia lata, lo que nos permite una visión de los planos musculares, los vasos y los ganglios linfáticos profundos.

- 1 — Arteria femoral
- 2 — Vena femoral
- 3 — Vena safena magna
- 4 — Vejiga
- 5 — Útero
- 6 — Uréter
- 7 — Arteria femoral
- 8 — Vena femoral
- 9 — Nervio femoral
- 10 — Ligamento inguinal
- 11 — Arco iliopectíneo
- 12 — Ligamento pubiano superior
- 13 — Músculo sartorio



### **Esquema 3**

#### **Vascularización e inervación del miembro inferior en la zona inguinal.**

En este esquema se presenta el plano medio de los nervios y los vasos de las regiones anteriores del muslo derecho. Los músculos sartorio y pectíneo están parcialmente seccionados.

- 1 — Músculo ilíaco
- 2 — Músculo psoas
- 3 — Nervio femoral
- 4 — Arteria femoral
- 5 — Vena femoral
- 6 — Vena safena magna
- 7 — Ligamento inguinal
- 8 — Nervio fémoro-cutáneo
- 9 — Músculo sartorio (parte superior) con su inervación
- 10 — Músculo vasto externo
- 11 — Músculo recto anterior
- 12 — Arteria y vena circunfleja femoral lateral
- 13 — Nervio safeno interno
- 14 — Músculo pectíneo
- 15 — Nervio obturador
- 16 — Músculo aductor medio
- 17 — Músculo aductor mayor
- 18 — Músculo recto interno



#### **Esquema 4**

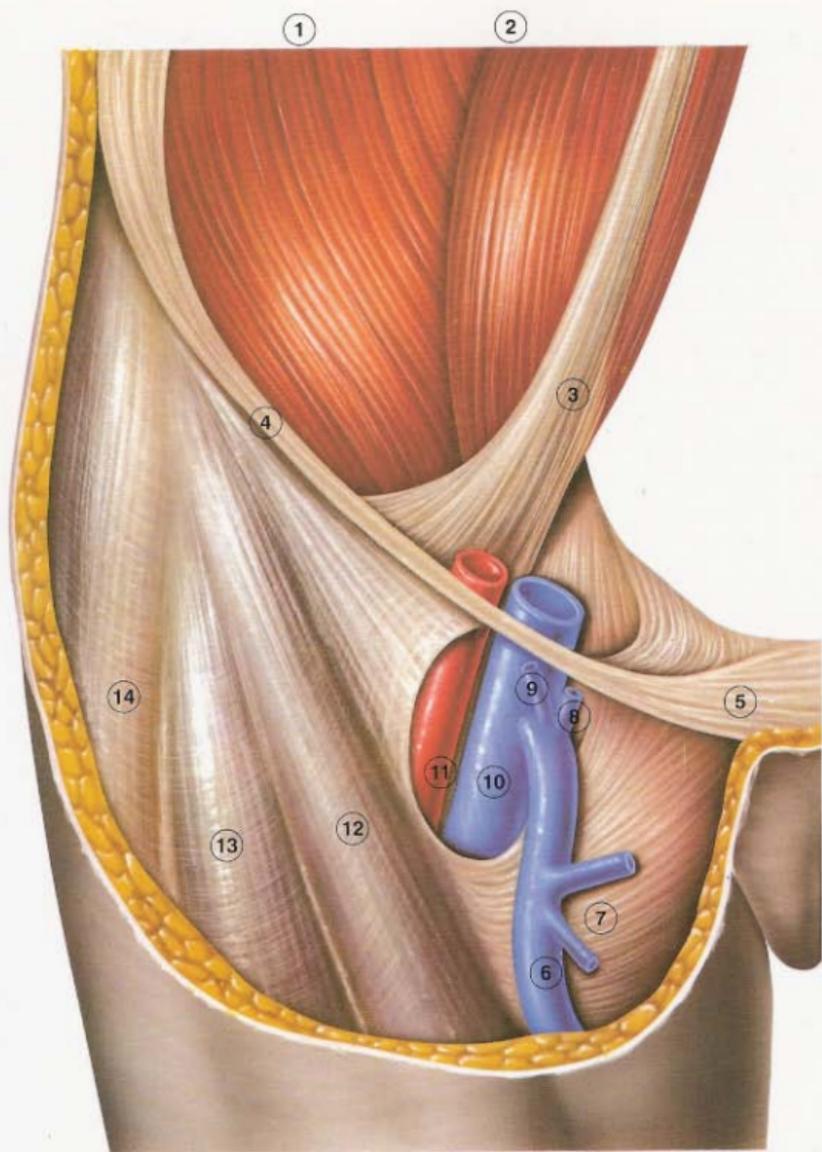
#### **Vasos principales a nivel del triángulo de Scarpa.**

En este esquema se observan los vasos femorales a nivel de la fosa oval bajo el triángulo de Scarpa.

- 1 — Músculo iliaco
- 2 — Músculo psoas
- 3 — Arco iliopectíneo
- 4 — Ligamento inguinal
- 5 — Ligamento pubiano superior
- 6 — Vena safena mayor
- 7 — Venas pudendas
- 8 — Vena epigástrica superficial
- 9 — Vena circunfleja ilíaca superficial
- 10 — Vena femoral
- 11 — Arteria femoral

Bajo la fascia lata o cribiforme se aprecian los siguientes músculos:

- 12 — Músculo sartorio
- 13 — Músculo recto anterior
- 14 — Músculo recto externo





# DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

## Vulvectomía radical

La técnica que vamos a describir es la vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal superficial y profunda, que se puede ampliar a la linfadenectomía pélvica extraperitoneal en función de la localización del tumor y por la afectación intraoperatoria o clínica de adenopatías inguinales.

Es una técnica conocida con escasas modificaciones desde que Taussing y posteriormente Way la describieron, como suele suceder cuando la técnica cumple con los principios cardinales de la cirugía completa en oncología y que pretende, mediante la incisión, ser lo suficientemente extensa para abarcar el tumor primitivo y las cadenas ganglionares regionales, a las cuales puede extenderse el proceso canceroso.

La terapia radical, con incisiones tipo Way, no siempre se puede aplicar en pacientes con patología asociada y ancianidad, y por ello en los últimos tiempos se está intentando disminuir el trauma quirúrgico original con múltiples variaciones:

- Vulvectomía simple + linfadenectomía bilateral en incisiones verticales independientes de la vulva.
- Vulvectomía simple + linfadenectomía unilateral del lado correspondiente a la localización tumoral.

En algunos casos se realiza vulvectomía simple si las condiciones de la enferma no permiten una cirugía más radical (Warton y cols., Parker y cols.).

Otros autores valoran el grado de invasión del tumor, y en los casos de invasión del estroma menor de 5 mm realizan vulvectomía simple.

Sin entrar a valorar todas estas conductas, que estudios epidemiológicos prospectivos nos dirán si eligieron el camino acertado, vamos a describir la técnica de la vulvectomía radical clásica descrita por Stanley Way y que junto con la vulvectomía simple + linfadenectomía bilateral con incisiones verticales independientes son las técnicas más usadas en el tratamiento quirúrgico del cáncer invasor de vulva.

## Colocación de la enferma para la disección inguinal

Se coloca a la enferma en decúbito supino, con las piernas separadas en per-

neras, que se posicionan horizontal y se flexionan ligeramente. El cirujano se coloca entre ambas piernas y los ayudantes, que deben ser dos, a ambos lados de la enferma.

El instrumental no tiene características especiales, aunque debe ser fino y con separadores vasculares. No son necesarias pinzas de seguridad ni instrumental largo, porque el trabajo es superficial.

## Técnica quirúrgica

### Incisión

Incisión en mariposa de Way, modificada por Parry-Jones para sacrificar una menor cantidad de piel e intentar reducir el alto índice de dehiscencia que se producen en el postoperatorio (fig. 2).

Incisión abdominal que une dos puntos situados por encima de la espina iliaca antero-superior y que se curva hacia abajo para cruzar por el monte de Venus.

Por fuera, la incisión se realiza hasta el vértice inferior del triángulo de Scarpa formado por el cruce del músculo sartorio con el músculo aductor. La incisión vertical interna se lleva hasta un punto situado a unos 3 cm por debajo de la tuberosidad pubiana, teniendo en cuenta que entre estas dos incisiones la cantidad de piel extirpada debe ser escasa.

A partir de este momento, el trazo de la incisión se vuelve horizontal hasta llegar al surco genito-femoral. Siguiendo este surco, la incisión bordea la vulva por fuera de los labios mayores hasta llegar al periné, donde se acerca al esfínter anal y se completa subiendo por el surco femoral del lado contrario, como la imagen de un espejo.

La tendencia actual es la de restringir la piel a extirpar, sin llegar a aumentar por ello el riesgo de recidiva cutánea.

Para que se produzca un buen cierre de la herida sin recurrir a plastias en Z o en rombo, es necesario realizar cuidadosamente los colgajos cutáneos, con lo que disminuiríamos la magnitud y las incidencias de las dehiscencias postoperatorias.

### Realización de colgajos cutáneos

*Superior:* Sobre la aponeurosis de los músculos rectos abdominales y oblicuos externos, el límite del colgajo suele llevarse hasta la línea umbilical o cuando estimemos, mediante maniobras de reposición mediante tracción, que el borde llega sobre el límite uretral sin dificultad ni tensión (fig. 3).

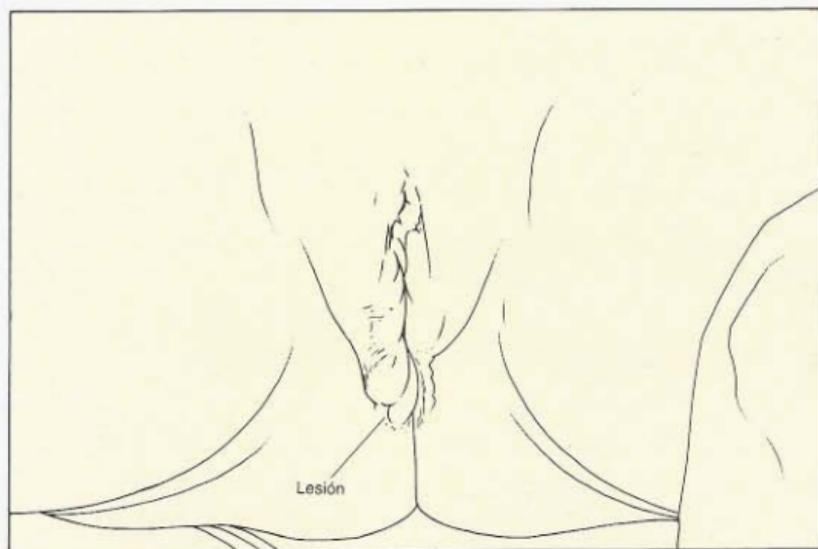
*Lado derecho:*

*Externo:* Sobre la fascia del músculo sartorio y del recto anterior hasta la fascia lata.

*Interno:* Sobre la fascia del músculo aductor hasta el recto interno.

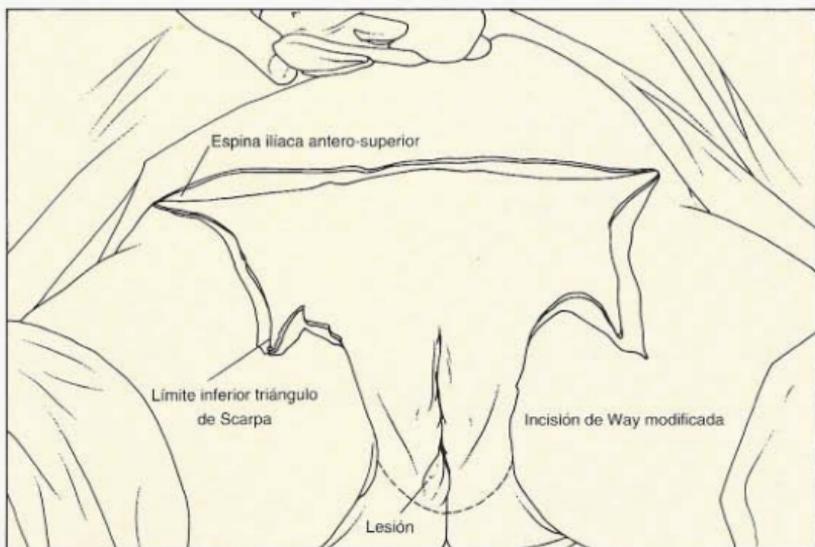


**Fig. 1.** Imagen de la lesión.





**Fig. 2.** Incisión de Way modificada.



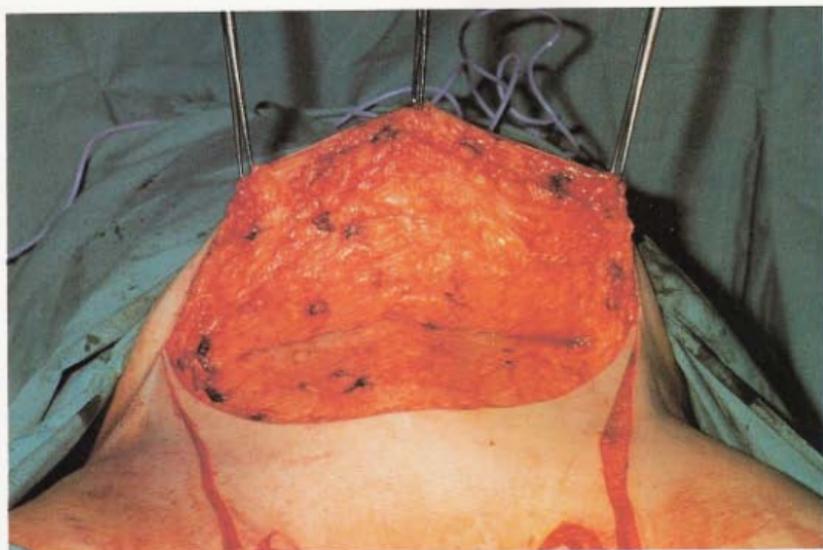
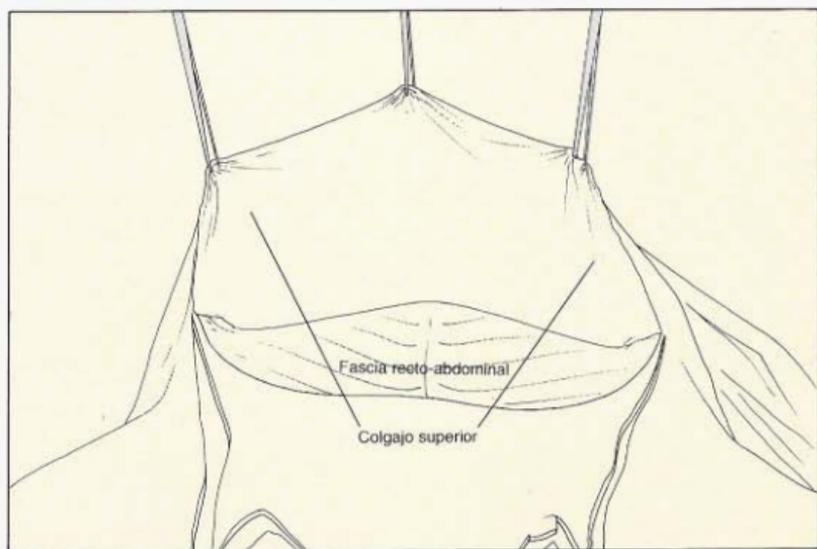
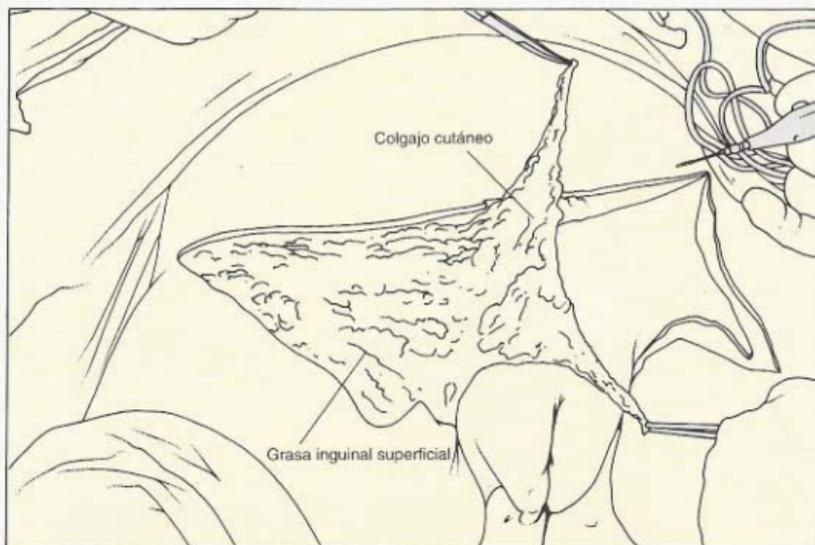


Fig. 3. Colgajo superior.





**Fig. 4.** Grasa inguinal lado derecho.



## **Ligadura de la vena safena**

Nosotros, para facilitar la linfadenectomía en bloque, realizamos una disección de la piel situada sobre el triángulo de la escarpa y la desplazamos hacia la vena, retirándola del campo (fig. 4).

Localizamos la vena safena en un punto cercano al ángulo inferior del triángulo de Scarpa y procedemos a su doble ligadura y corte.

## **Localización y apertura de la fascia lata o cribiforme**

El paquete inguinal profundo se sitúa debajo de la fascia, con los límites laterales marcados por el músculo sartorio y el músculo aductor, y el límite superior por el ligamento inguinal. Esta fascia, que tan sólo presenta un fallo en el foramen oval a través del cual penetra el cayado de la safena en busca de la vena femoral, debe abrirse para poder realizar la linfadenectomía profunda y acceder al paquete vásculo-nervioso femoral, que discurre en la profundidad del triángulo de Scarpa.

Realizamos la apertura sobre vientre del músculo sartorio y sobre el músculo aductor. La fascia cribiforme se separa fácilmente de los músculos y se tuneliza, con lo que su apertura es sencilla y sin riesgo (fig. 5).

## **Linfadenectomía superficial y profunda en bloque**

La disección del paquete graso que incluye los linfáticos superficiales y profundos se realiza de fuera a dentro, es decir, desde el músculo sartorio al músculo aductor, siguiendo el límite superior marcado por el ligamento inguinal.

En la disección, nos iremos encontrando en el fondo del triángulo de Scarpa y por orden de fuera a dentro el músculo psoas, el paquete nervioso femoral, formado por varias ramas y que quizá sea la zona donde la disección de estructuras deba ser más superficial, y la arteria femoral, a la que debemos abrir su vaina en todo el trayecto desde el ligamento inguinal hasta el vientre del canal de los aductores, donde se adosa al músculo sartorio por fuera y al músculo aductor por dentro.

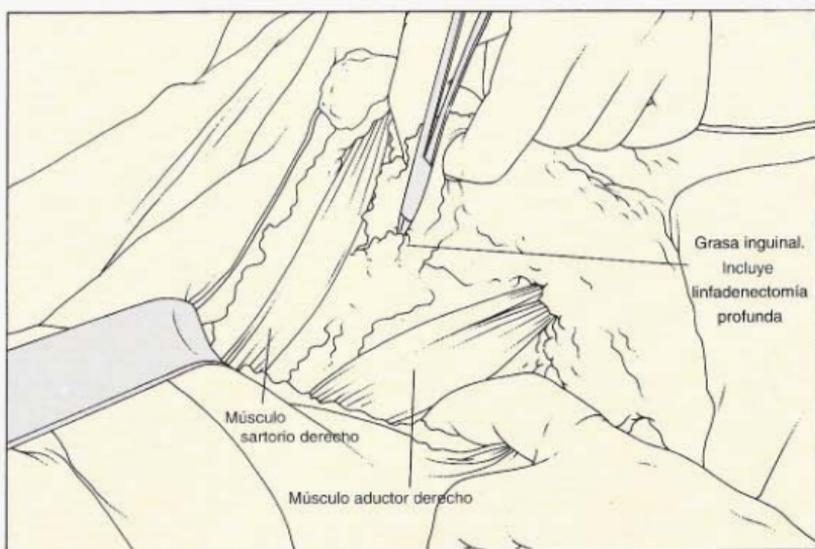
Debemos ligar en la parte superior la arteria circunfleja ilíaca superficial y más medial la arteria pudenda externa superficial, que puede ser una buena referencia para la localización del cayado de la safena.

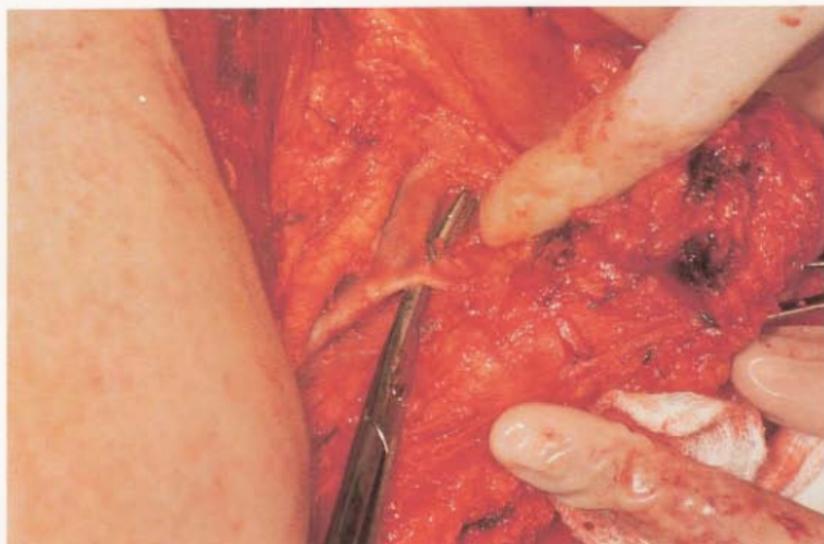
Siguiendo con la disección de fuera a dentro nos encontramos, adosada a la arteria femoral, la vena femoral. Realizamos la disección del tejido céluo-adiposo adherido a ella, la ligadura de las pequeñas venas aferentes y la localización del cayado de la safena en su desembocadura en la vena femoral. Esta vena safena se debe individualizar convenientemente y ligar con doble ligadura irreabsorbible (fig. 6).

Continuamos la disección sobre el músculo pectíneo hasta el músculo aductor. En toda la disección de fuera a dentro hemos seguido paso a paso el límite inferior del ligamento inguinal (fig. 7).

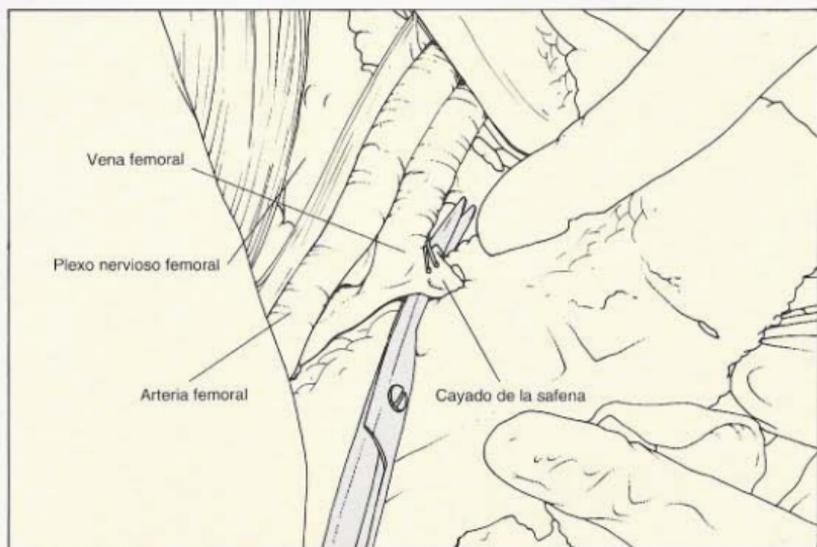


Fig. 5. Presentación de los músculos sartorio y aductor tras la apertura de la fascia.





**Fig. 6.** Ligadura del cayado de la safena.



## **Biopsia del ganglio de Cloquet**

A veces, la linfadenectomía pélvica extraperitoneal puede estar decidida previamente, bien por la localización del tumor (zona clitoris, uretra) o por la presencia de adenopatías con PAAF positivo para células malignas.

En todos los demás casos debemos localizar los ganglios de Cloquet de ambos lados y realizar una biopsia intraoperatoria.

El ganglio de Cloquet se encuentra adosado a la vena femoral por el borde interno, prácticamente dentro del conducto inguinal. Por ello, es necesario colocar un separador sobre el ligamento inguinal para su mejor localización y exéresis.

Es conveniente colocar ligaduras por encima del ganglio para evitar la linforragia de las cadenas pélvicas.

Si cualquiera de los ganglios de Cloquet estuviera afectado por el tumor, realizaríamos una linfadenectomía pélvica extraperitoneal incluyendo al menos la fosa obturatriz, la ílfaca externa y la ílfaca interna o hipogástrica.

Una vez terminada la disección en el lado derecho, se vuelven a colocar las estructuras disecadas en su lugar y se hidratan los tejidos con compresas empapadas en suero fisiológico.

El lado izquierdo se realiza con el mismo procedimiento (fig. 8).

En algunas escuelas, las linfadenectomías se realizan por dos equipos de cirujanos y, simultáneamente, es una práctica que, si se puede realizar, es muy aconsejable, ya que mejora el comportamiento de los colgajos y de las suturas, independientemente de las ventajas en cuanto a la reducción del tiempo quirúrgico (fig. 9).

## **Trasposición del músculo sartorio**

Con el fin de proteger los vasos femorales, se realiza una desinserción del músculo sartorio en su extremo proximal, suturando el abanico al ligamento inguinal. De este modo, el paquete vásculo-nervioso femoral queda cubierto por un plano muscular.

En el probable caso de dehiscencia de las suturas, los vasos femorales no quedarán desprotegidos (fig. 10).

## **Vulvectomía**

Colocamos a la enferma en posición de litotomía para poder realizar la vulvectomía.

En un primer tiempo profundizamos la incisión lateral de la vulva hasta llegar a la fascia perineal superficial que cubre los músculos isquio-cavernoso, bulbo cavernoso y transversal superficial del periné.

Profundizamos del mismo modo la incisión entre la vagina y el ano sobre periné, con la búsqueda de un plano que permita la suficiente exéresis de piel, acercándose lo más posible al esfínter anal y recto.

En la parte superior y sobre pubis realizamos, en un plano sobre fascia pubiana, la disección de toda la grasa, a medida que se disecciona de la fascia suprayacente al pubis y a los músculos que se insertan en las ramas pubianas.

Se secciona el ligamento suspensorio del clitoris.

En la disección externa hay que ligar los vasos perineales.

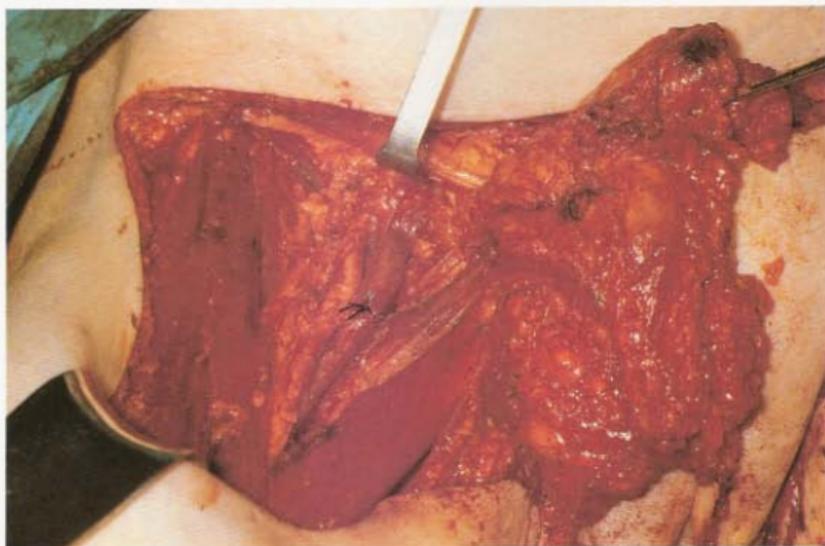
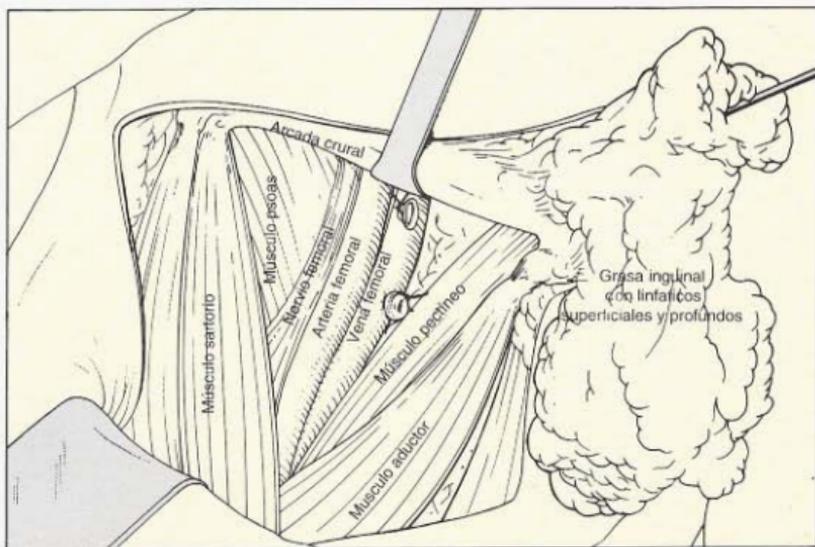
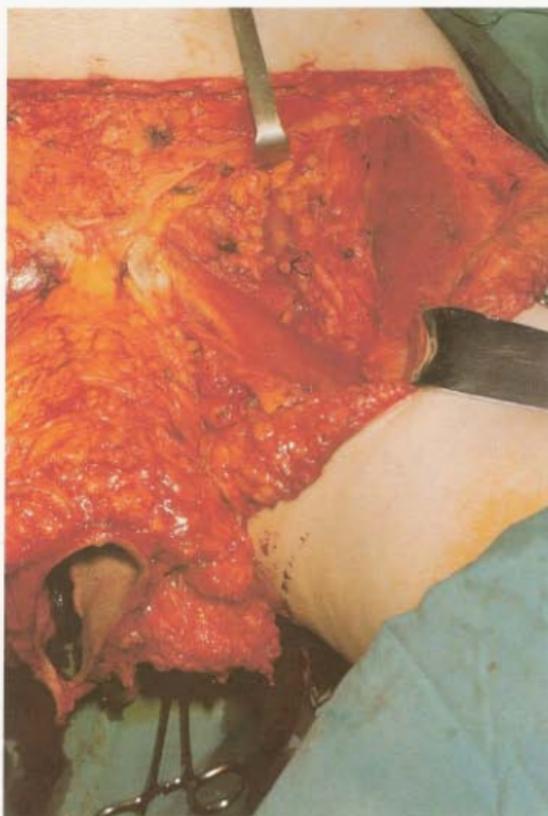


Fig. 7. Triángulo de Scarpa disecado.



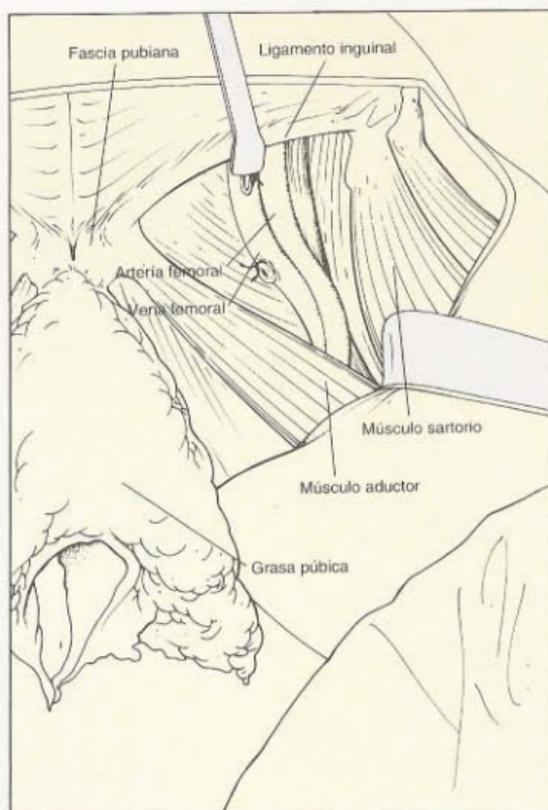


**Fig. 8.** Triángulo de Scarpa lado izquierdo.

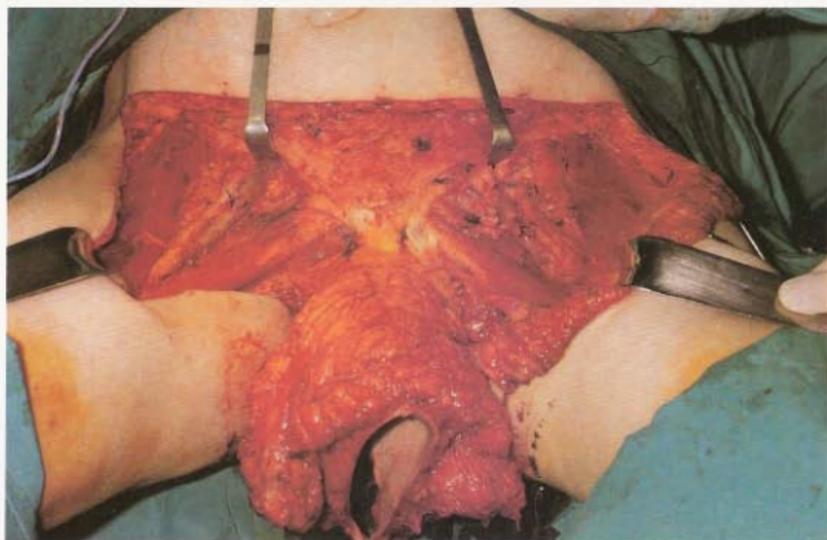
Para efectuar la vulvectomía, realizamos una incisión en corona sobre la vagina, respetando el orificio uretral y con mayor o menor cantidad de vagina a extirpar, dependiendo del tamaño y la localización de la lesión.

Esta incisión en corona se profundiza hasta la fascia perineal superficial para poder extirpar la vulva con toda su grasa.

La extirpación vulvar se puede realizar comunicando en el periné la incisión



en corona sobre la vagina con la incisión en piel y, cortando este puente, realizamos dos hemivulvectomías por separado, profundizando hasta la fascia perineal superficial hasta llegar al límite superior, que será el ángulo uretral. También se puede realizar la exéresis vulvar comunicando en cualquier punto la incisión en corona de la vagina y, de una manera circular, ir realizando la vulvotomía, para terminar sobre el límite uretral por arriba y el límite rectal por abajo (figs. 12 y 13).



**Fig. 9.** Visión de conjunto. Ambos triángulos de Scarpa.

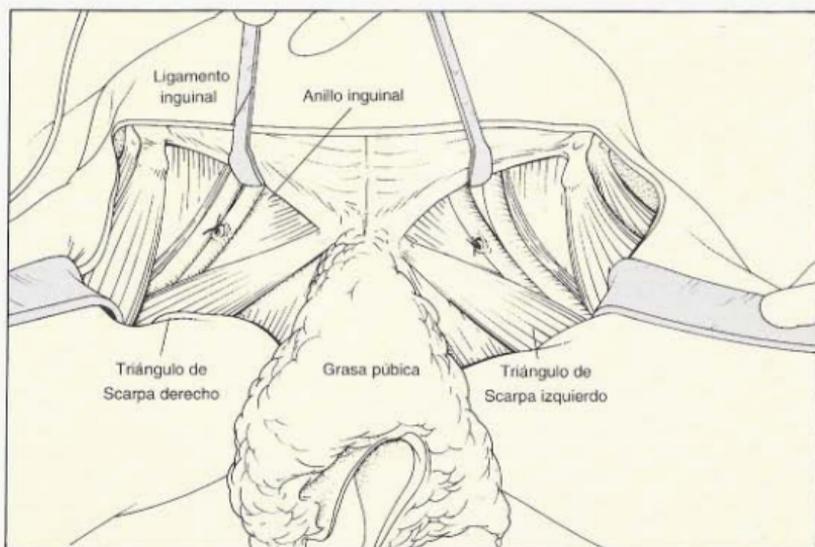
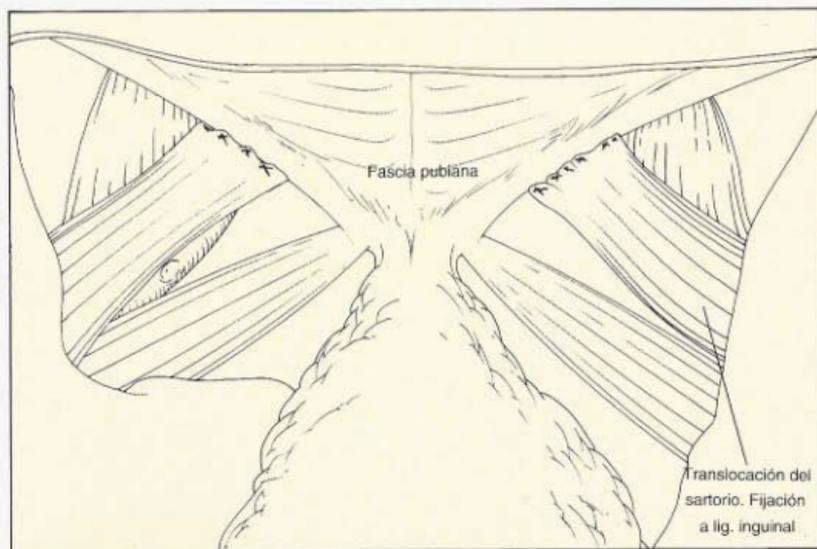


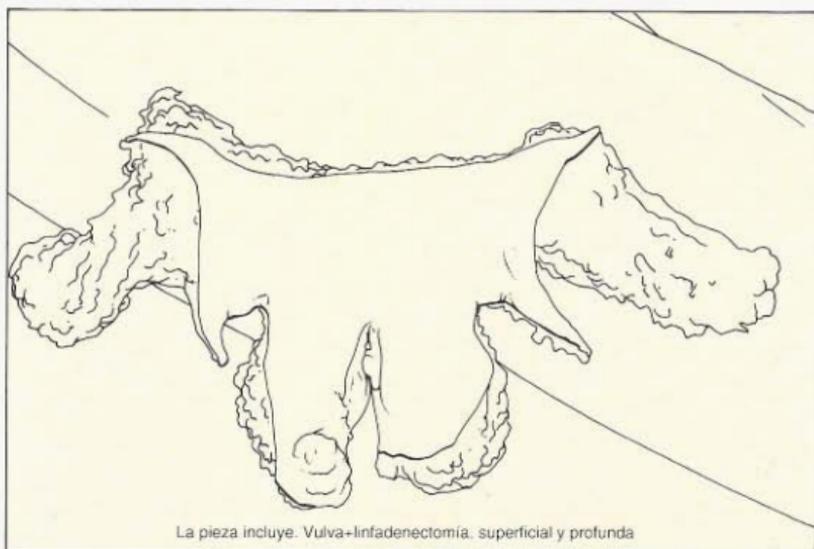


Fig. 10. Transposición de músculos sartorios.





**Fig. 11.** Pieza de vulvectomía + linfadenectomía inguinal.



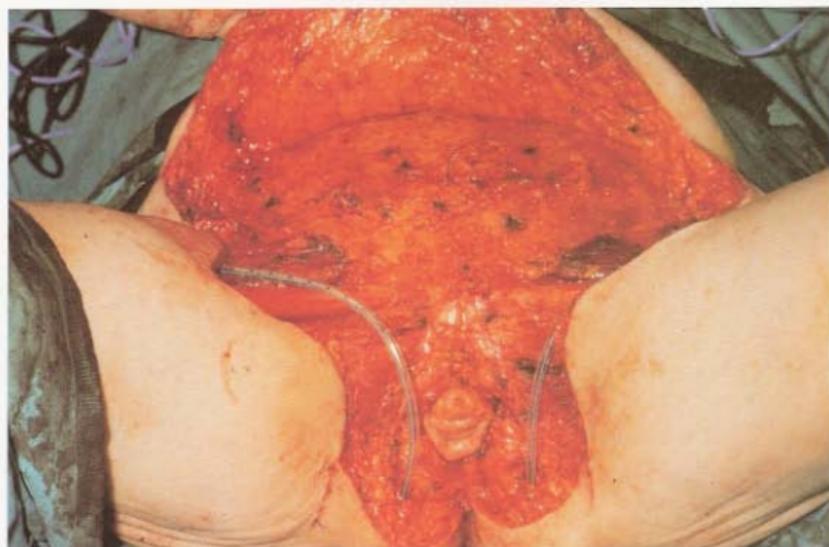
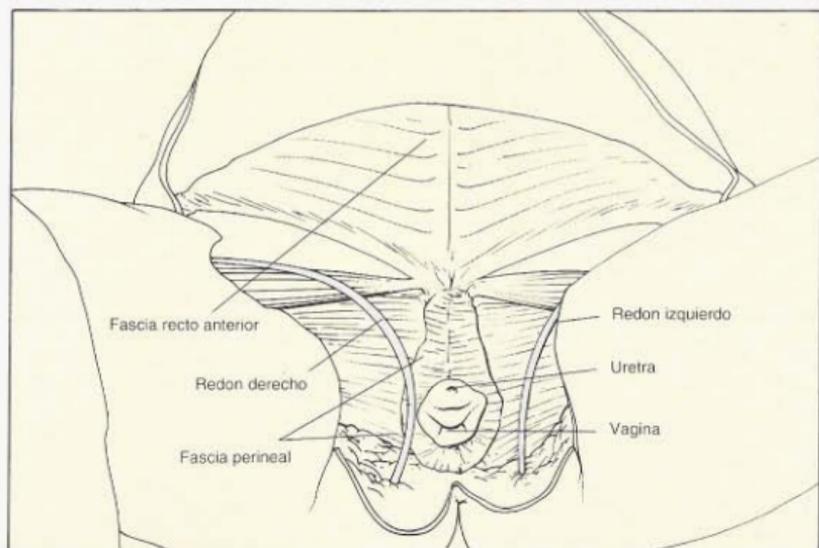
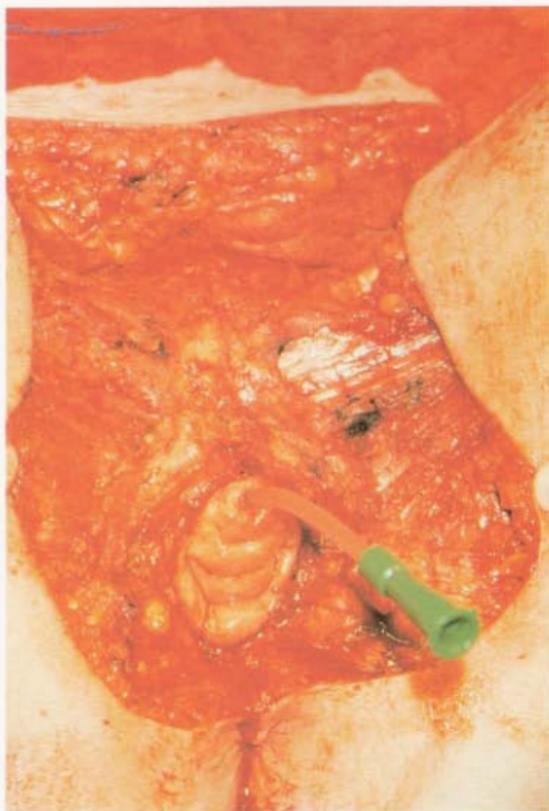


Fig. 12. Exposición general tras la vulvectomía.





**Fig. 13.** Fascia perineal, uretra, vagina, previo a la sutura.

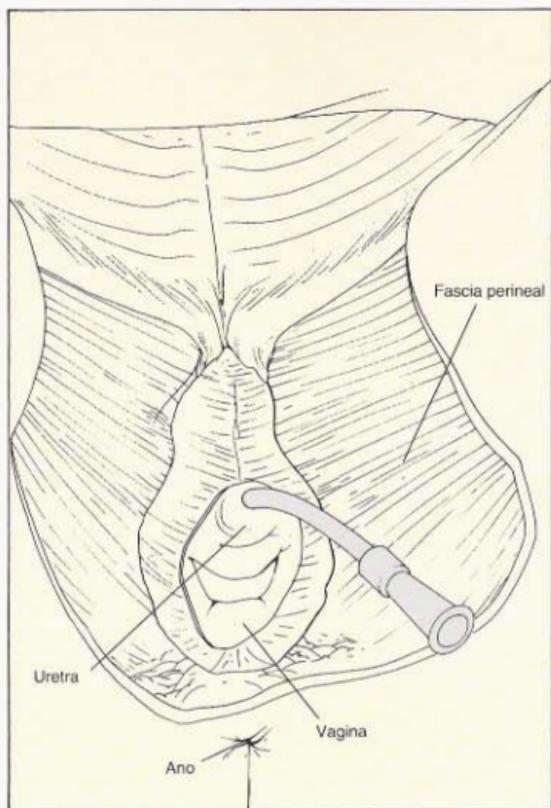
### **Cierre de la herida**

Tradicionalmente, Way intentaba llevar el punto más bajo de la incisión sobre la cara interna del muslo al centro de la incisión abdominal. Ello producía unos colgajos a tensión que obligaban a efectuar injertos cutáneos.

Hoy, con la limitación en la exéresis cutánea y con las suturas verticales sobre la cara interna de los muslos, se evitan los injertos cutáneos y se reducen las dehiscencias.

En un primer tiempo, se aproximan y se suturan las incisiones realizadas en la cara interna de los muslos sobre límites del triángulo de Scarpa, hasta que la piel lo permita, para posteriormente llevar este nivel de cierre a la línea media intentando que la distancia de este punto al contralateral no sea mayor de 4 cm.

Se efectúa el cierre de la vulva en puntos sueltos y en corona, procurando que la vagina no quede a tensión. Si es preciso, se puede tunelizar la vagina circular-



mente en sus caras laterales y posterior y, de este modo, evertirla fácilmente para que la sutura no quede a tensión (fig. 14).

Si tunelizamos la vagina, es conveniente prevenir el rectocele con puntos sobre los elevadores.

La uretra no debe quedar enterrada, ya que la enferma puede tener dificultades tanto para la higiene como para la micción espontánea.

Dejamos dos drenajes tipo Redon o Jackson-Pratt con aspiración continua durante varios días, con salida caudal a través de ambos glúteos, que recogerán, por un lado, las secreciones hemáticas y, por otro, la linforragia.

Realizamos profilaxis antibiótica durante 24-48 horas y heparinización profiláctica, que mantenemos hasta la movilización activa, que suele ser entre 7 y 10 días.

Mantenemos a la enferma con un vendaje ligeramente compresivo, las piernas cerradas, en reposo absoluto y en decúbito supino 72 horas.

La movilización y los cuidados posteriores dependerán de la evolución de la cicatriz.

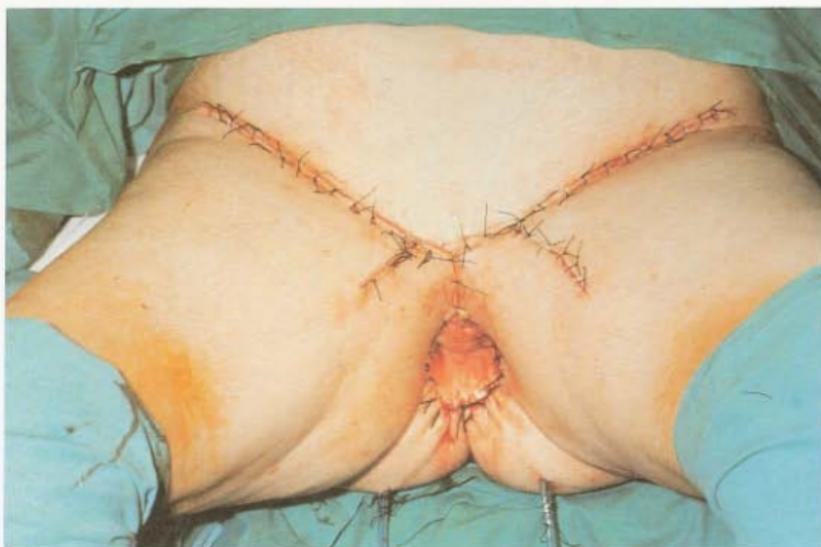
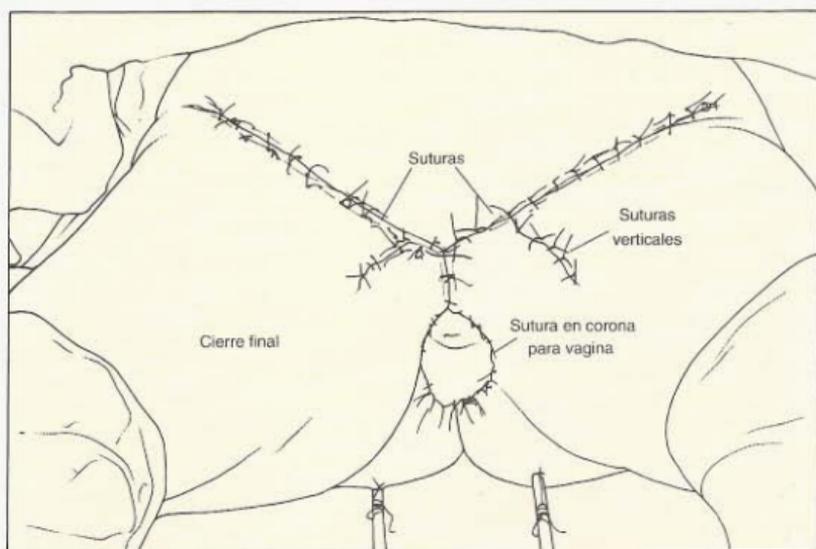


Fig. 14. Imagen final.



# APÉNDICE

## Linfadenectomía pélvica extraperitoneal

Como hemos comentado anteriormente, se realizará en los casos determinados previamente a la intervención por localización tumoral y probable drenaje linfático a la pelvis (zona clitoris y uretra), o cuando la presencia de adenopatías inguinales sospechosas PAAF( + ) haga innecesaria la práctica de las biopsias intraoperatorias (figs. 1 y 2).

También realizaremos la linfadenectomía pélvica ante la confirmación intraoperatoria de afectación tumoral de cualquiera de los dos ganglios de Cloquet.

## Técnica

Realizamos una incisión paralela al ligamento inguinal sobre la fascia y, a continuación, incidiremos en el mismo sentido sobre el músculo oblicuo externo y el músculo oblicuo interno.

Para conseguir un buen campo, es necesario el pinzamiento, sección y ligadura del ligamento redondo, y la identificación de la arteria y vena ilíaca externa en su entrada en la arcada crural. En esta zona es necesario identificar y ligar la arteria y la vena epigástrica inferior y la arteria circunfleja.

La zona donde debemos trabajar debe separarse con valvas por los ayudantes, y estará limitada, por fuera, por el músculo psoasiliaco, y por dentro, por el peritoneo, donde se identifica fácilmente el uréter (figs. 3 y 4).

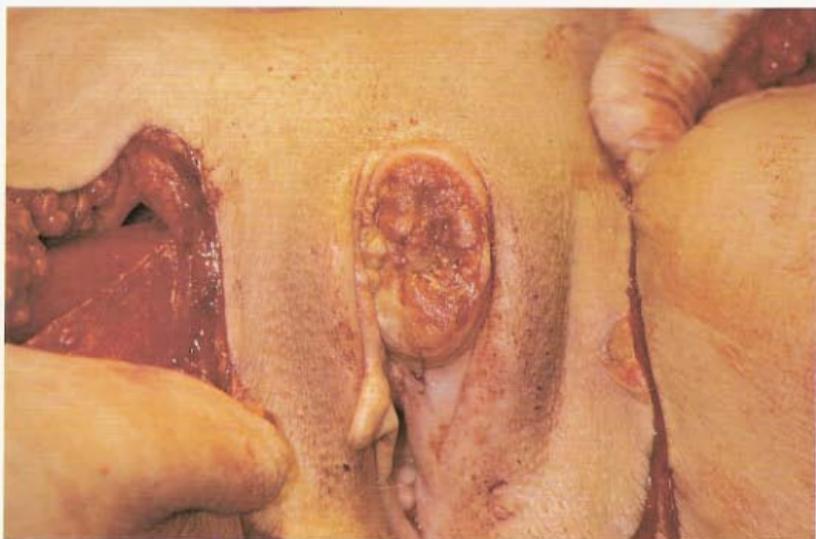
A partir de este momento realizamos la *linfadenectomía ilíaca externa*, e incluso un trayecto de la ilíaca primitiva si localizásemos adenopatías sospechosas. La disección se realiza como referencia sobre el músculo psoas y el nervio genitocrural.

Realizaremos la *linfadenectomía ilíaca interna o hipogástrica* desde su bifurcación de la ilíaca primitiva, con especial cuidado en no lesionar las ramas del tronco posterior por su ramificaciones en la profundidad del sacro.

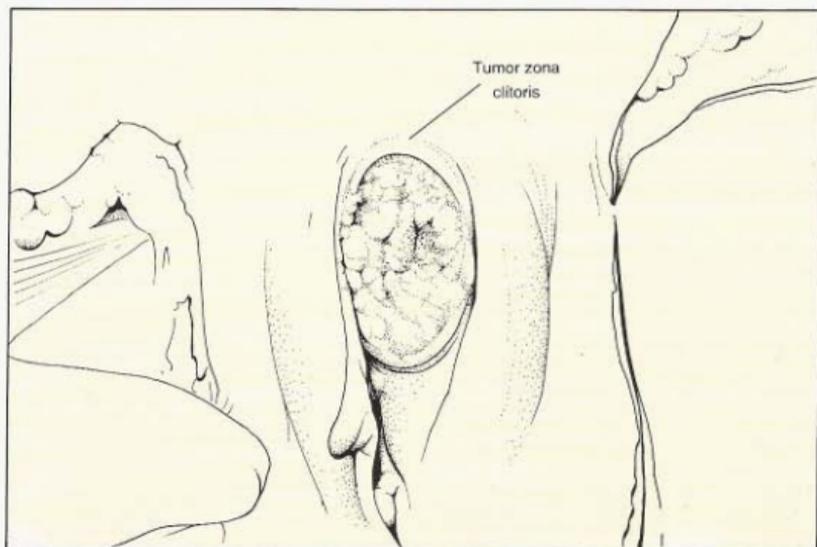
En la *linfadenectomía de la fosa obturatriz* debemos localizar el nervio obturador mediante el desplazamiento, con separadores vasculares, de la vena y de la arteria ilíaca externa hacia la pared pélvica. Esta zona es muy delicada, especialmente en el territorio de la arteria y la vena obturatriz (figs. 5 y 6).

Para finalizar, comprobaremos una hemostasia correcta y dejaremos durante 24-48 horas un drenaje de Jackson-Pratt en la fosa pelviana con aspiración continua.

El cierre de las incisiones debe ser cuidadoso para evitar hernias inguinales tras la cirugía.

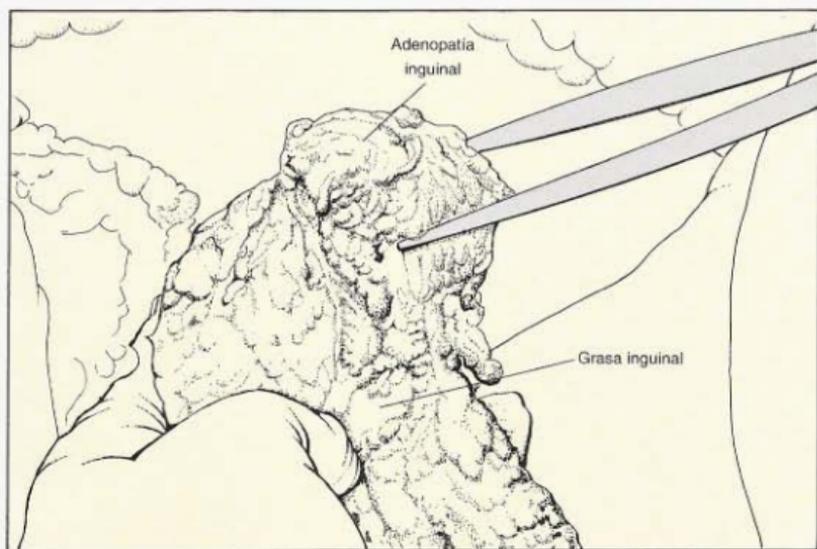


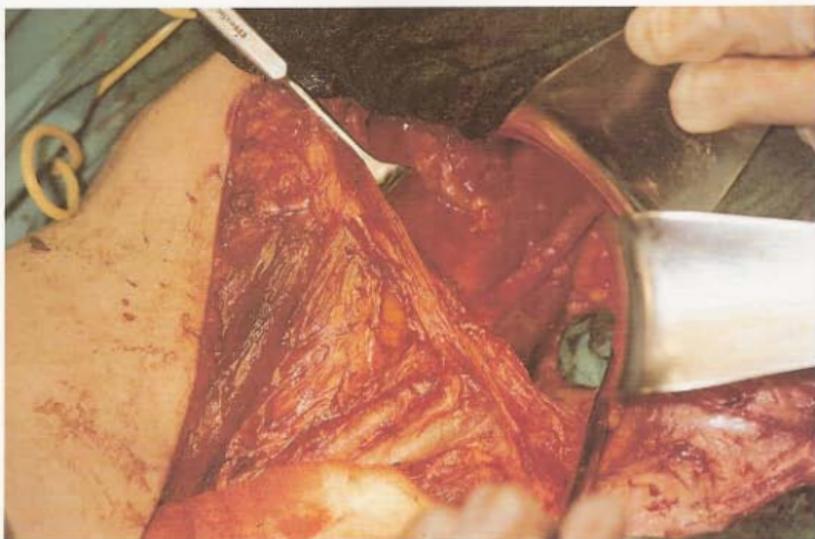
**Fig. 1.** Localización del tumor.



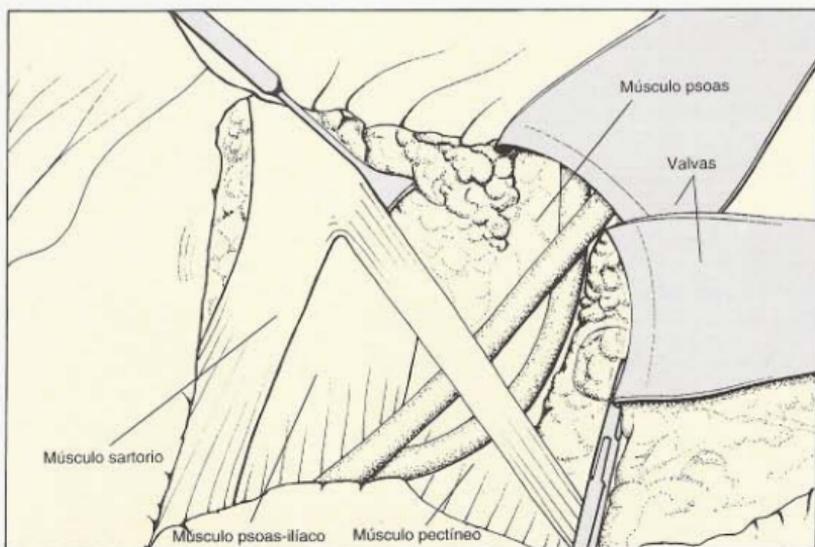


**Fig. 2.** Adenopatía metastásica lado izquierdo.





**Fig. 3.** Presentación del espacio pélvico extraperitoneal.



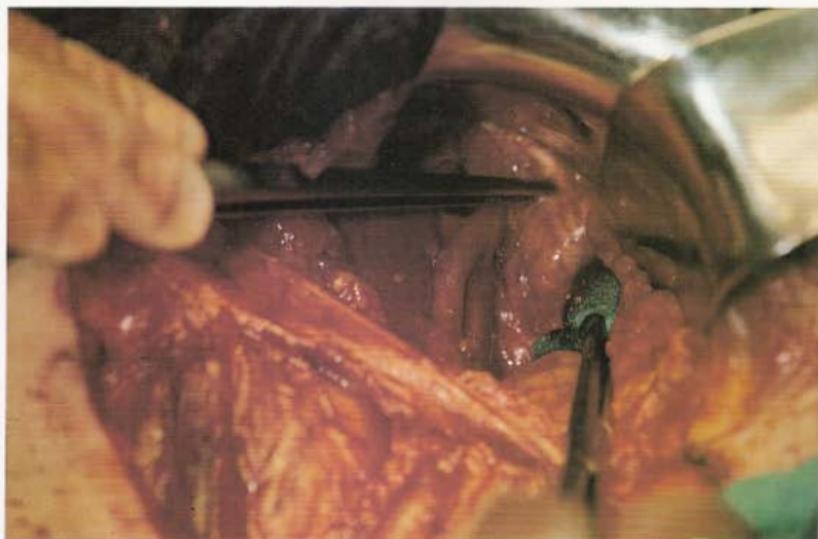
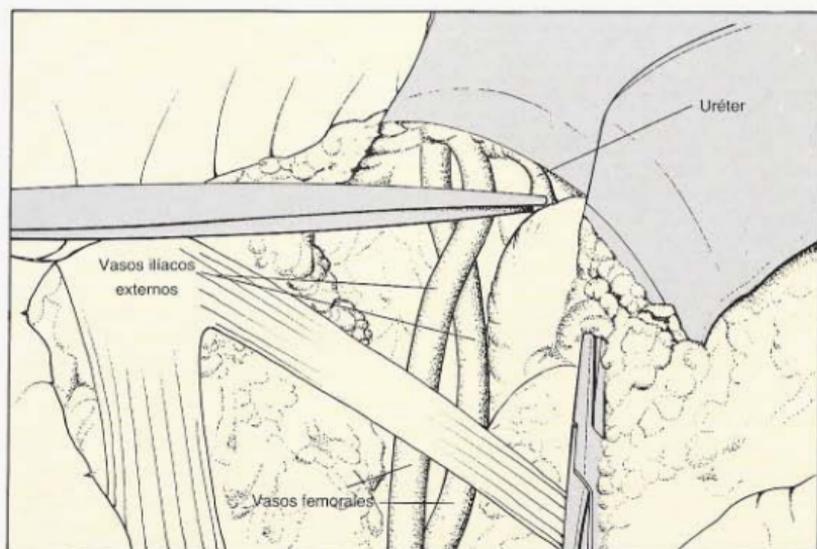
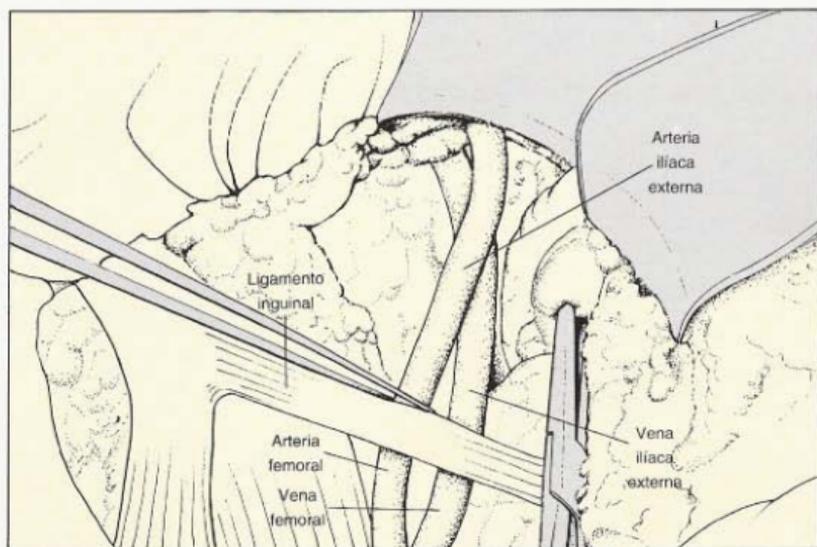


Fig. 4. Detalle pélvico extraperitoneal.



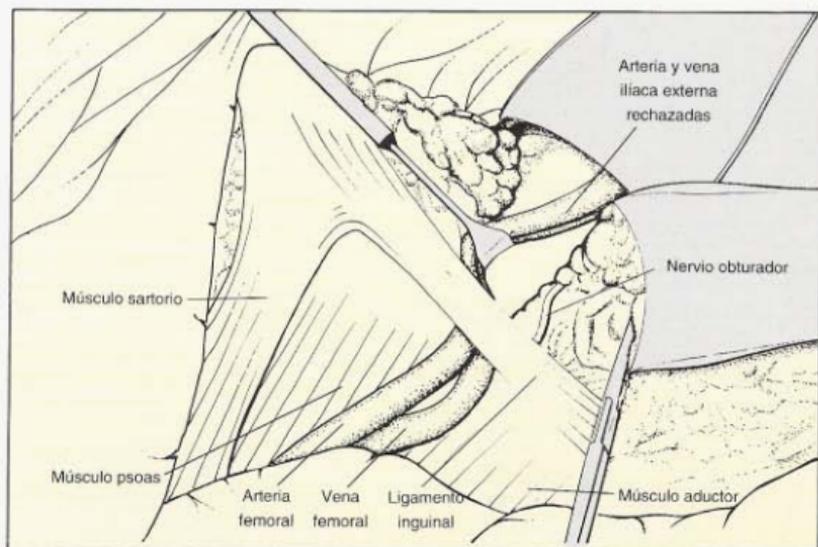


**Fig. 5.** Linfadenectomía iliaca externa.





**Fig. 6.** Fosa obturatriz. Nervio obturador al fondo.





## Bibliografía

(Referente al recuerdo histórico de la histerectomía vaginal y la vulvectomía.)

Agustín Albarracín: *La cirugía alemana*. Historia Universal de la Medicina. P. Lain Entralgo, tomo 6º, Salvat, 1976.

Elvira Arqulola: *La cirugía norteamericana*. Historia Universal de la Medicina. P. Lain Entralgo, tomo 6º, Salvat, 1976.

L. Balaguero Lladó: *Ignaz Philipp Semmelweis. 1818-1865. Tres aspectos de su vida*. Medicina e Historia. Fascículo 58 - Julio 1970.

L. Balaguero Lladó: *La histerectomía vaginal a través de los tiempos*. Medicina e Historia, abril, 1973.

L. Balaguero Lladó: *Oncología ginecológica. Tratamiento quirúrgico del cáncer de vulva*. E. Toray, 1983, Barcelona.

Robert H. Barter: *Histerectomía vaginal*. Clínica obstetricia y ginecología. Volumen 4/1982.

Robert H. Barter: *Complicaciones de la histerectomía vaginal*. Clínicas obstétricas y ginecológicas, 4/1982.

J. L. Benedet. M. D. y cols.: *Squamous carcinoma of the vulva: Results of treatment, 1983 to 1976*. Vancouver, British Columbia, Canadá. Am. J. Obstet. Gynecol. 134:201, 1979.

E. Benito, T. Simancas: *Historia de la histerectomía vaginal*. Clínicas ginecológicas. 12/2 Cirugía vaginal, capítulo 1, Salvat, 1988.

Leon Binet: *Les Chirurgiens parisiens*. L'espansion, 1963.

José Botella Llusà: *100 años de Ginecología Española*. Boletín de Ginecología, volumen VI, nº 1, enero de 1975.

Joseph Buscema, M. D. y cols.: *Early invasive carcinoma of the vulva*. Baltimore, Maryland. Vol. 140, nº 5, julio 1981. Am. J. Obstet. Gynecol.

Luigi Carena: *Histerectomía vaginal radical de Schauta*. Clínicas obstétricas y ginecológicas. 4/1982.

S. A. Celorio, F. Calero, A. Armas: *Fundamento de Oncología Ginecológica*. Ediciones Díaz de Santos, S. A., 1986.

E. U. Copenhaver: *Histerectomía vaginal*. American Journal obst. y ginecológic., julio 1962.

Malcolm Coppleson: *Gynecologic-Oncology*. Churchill Livingstone. Second edition 1992, tomo II. Tratamiento del cáncer de vulva.

E. Delgado Latre: *Cáncer de vulva. Revisión de conjunto*. (Cáncer de vulva I - Volumen 3 - n.º 1 - 1976), (Cáncer de vulva II - Vol. 4 - n.º 4 - 1977) (Cáncer de vulva III - Vol. 4 - n.º 5 - 1977). Clínica e investigación en obstetricia y ginecología.

E. Delgado Latre: *Cáncer intraepitelial de vulva*. Clínica e investigación en obstetricia y ginecología. Volumen 1, n.º 4, 1974.

Santiago Dexeus: *Análisis comparativo entre histerectomía abdominal y vaginal*. Capítulo 16. Clínica ginecológica. Volumen 12, n.º 2, Salvat, 1988.

E. Díez Gómez: *Histectomía abdominal y vaginal*. Estudio comparativo. Capítulo 6, Clínica ginecológica, 12/2. Salvat, 1988.

Philip DiSaia: *Tratamiento del carcinoma vulvar superficial*. Clínicas obstétricas y ginecológicas, 1/1985.

P. DiSaia / Creasman: *Oncología Ginecológica. Tratamiento del carcinoma de vulva*. E. Panamericana, 3ª edición, 1991, Buenos Aires.

Edouard Doyen: *Therapeutic Chirurgicale et technique operatoire*. Tomo 5º, París, 1910.

Harols Ellis: *Famous operations*. Wesminster Hospital Medical School, 1984.

Cristian Faguer: Tesis doctoral. *L'histerectomie a travers l'histoire*. Año 1970, n.º 171. Facultad de Medicina de París.

Faure: *L'histerectomie. Indications et techniques*. Ed. Doin, París, 1906.

David C. Figge y cols.: *Invasive carcinoma of the vulva*. Seattle, Washington. Vol. 119, n.º 3. Am. J. Obstet. Gynecol.

E. Gitsch y G. Gitsch: *Operación radical vaginal por cáncer de cérvix. Según Schauta Amreich*. Capítulo 14, Clínica ginecológica, volumen 12, n.º 2, Salvat, 1988.

E. Gitsch y W. Skodler: *Histerectomía vaginal frente a histerectomía abdominal*. Capítulo 17, Clínica ginecológica 12/2, Salvat 1988.

J. A. González Huix: *Cáncer de vulva*. Capítulo 14, Clínica ginecológica 8/3, Salvat, 1985.

González Merlo: *Oncología Ginecológica. Tratamiento ginecológico del cáncer de vulva*. Salvat, 1991.

A. Gosset: *Travaux de la clinique chirurgicale et du centre anticancereux de la Salpetriere*. E. Masson, 1927, París.

A. Gosset: *Techniques chirurgicales*. E. Masson, 1936, París.

Diego Gracia Guillén: *La Cirugía francesa*. Tomo 6, Historia Universal de la Medicina. P. Laín Entralgo, Salvat, 1976.

N. Heany: *Histerectomie vaginale*. Surg. Gynecol. Obstetric., julio, 1949.

Torbjorn Iversen: *Nuevos enfoques en el tratamiento del carcinoma vulvar*. Clínicas obstétricas y ginecológicas, 1/1985.

E. M. C., D. Kalinkov, R. Buchholz: *L'histerectomie vaginale 41650.4.5.0.7*.

Vom O. Käser: *Atlas der Gynakologischen operationen*. E. GTV STUTTGART, 1973.

John Kelly\*, Senior Registrar Department of Obstetrics and Gynaecology, The London Hospital, Whitechapel, London, E. I. *Malignant disease of the vulva*. The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth. Vol. 79. pp. 265-272. March 1972.

Richard A. Leonardo: *Historia de la Ginecología*. Capítulo 27, Evolución de la ginecología operatoria, Salvat, 1948.

Erna Lesky: *La cirugía austriaca*. Historia Universal de la Medicina. P. Laín Entralgo, Tomo 6°, Salvat 1976.

H. Limburg: *Tumores de la vulva*. Ginecología especial, Tomo III, O. Kaser, Salvat, 1974.

E. López de la Osa: *Generalidades sobre cáncer de vagina y vulva*. Capítulo 12, Clínica ginecológica 8/3, Salvat, 1985.

G. Michel, J. Lacour: *Les vulvectomies pour cancer invasif de la vulva*. Enciclopedia Medico-Chirurgicale. Techniques Chirurgicales, 41890-4707.

R. Miralles: *Indicaciones límites y contraindicaciones de la Histerectomía vaginal*. Capítulo 3, volumen 12, n° 2, Salvat, 1988.

George. W. Morley, M. D.: *Infiltrative carcinoma of the vulva: Results of surgical treatment*. Ann Arbor, Michigan. Vol. 124, n° 8. April 15, 1976. Am. J. Obstet. Gynecol.

C. Navarro Vila: *Protocolo de Tratamiento de Tumores*. Tomo I, Consejería de Salud, Comunidad de Madrid, diciembre, 1990.

F. Novak: *Técnicas quirúrgicas ginecológicas*. 1977 Piccin, Editore Padua (Italia).

L. Parsons / H. Ulferder: *Atlas de operaciones pelvianas*. Editorial Elicien, 1970, Barcelona.

Felix Rutledge, M. D., y cols.: American Journal of Obstetrics and Gynecology. Transactions of the Eightieth Annual Meeting of the American Association of Obstetricians and Gynecologist. *Carcinoma of the vulva*. Houston, Texas. Vol. 106, n° 8. April 15, 1970.

Harold Speert, M. D.: *Historia Ilustrada de la Ginecología y de la Obstetricia*. E. R. Dacosta, París, 1973.

Stanley Way, F.R. C.O.G. *Carcinoma of the vulva*. Newcastle, England. Vol. 79, n° 4. Am. J. Obst. & Gynec. April 1960.

M. Steven Piver, M. Facog and Francis P. Xynos: *Pelvic Lymphadenectomy in women with carcinoma of the clitoris* Obstetrics and Gynecology. Vol. 49, n° 5. May 1, 1977.

Von W. Stoeckel. Zentralblatt für Gynäkologie. Nr. 34. *Vulvakarzinoms*.

Von W. Stoeckel. Zentralblatt für Gynäkologie 1.928. Nr. 29. Sitzung vom 24 Februar 1928. Vorsitzender: Schriftführer: Herr Heinsius.

Richard W. Te Linde, Richard F. Mattingly: *Ginecología operatoria*. 4.ª edición, 1976, E. Bernades, Buenos Aires.

F. Uyttenbroeck: *Aspects chirurgicaux en cancerologie gynecologique et mammaire*. E. Masson, París, 1983.

Eamonn de Valera, M. D.: *Radical Vulvectomy*. Dublin, Ireland, Vol. 101, n.º 1. Am. J. Obst. & Gynec. May 1968.

Juan Valverde de Hamusco: *Historia de la composición del cuerpo humano*. 1556, Turner editores, 1985.

Umberto Veronesi: *Cirugía oncológica. Tratamiento del cáncer de vulva*. E. Panamericana, 1991, Buenos Aires.

Trabajo realizado en el *Servicio de Ginecología y Obstetricia*  
del *Hospital Severo Ochoa* de Leganés (Madrid).

#### **Residentes**

J. Lázaro-Carrasco de la Fuente	J. J. Escribano Tortola
S. Poyo Torcal	C. J. Maroto Díaz
G. Rodea Gaspar	M. C. Pingarrón Santofimia

#### **Facultativos**

M. V. Albi González	Á. Gómez Cedillo
M. E. Alguacil Prieto	M. C. Gutiérrez Cecchini
M. A. Alonso Amigo	M. B. Julia Romero
G. Alonso Merino	N. Morán Cuesta
J. F. Bertolo González	R. J. Orozco Barahona
J. A. Carrillo Martínez	C.-G. Pedro-Viejo García
R. Darriba Marino	A. M. P. Quirarte López
J. A. Fernández Esteban	B. Rayado Marcos
F. A. Gámez Alderete	D. Reviriego Montforte
F. J. García Moragón	J. Romero Domínguez
J. M. García Flores	Á. Salcedo Marfía

#### **Jefes de Sección**

J. L. Dargallo Guerra	J. M. Vargas Marqueta
J. Petrement Briones	

#### **Jefe de Servicio**

J. Martínez Salmeán

Con la colaboración del  
*Servicio de Anestesia y Reanimación*

#### **Facultativos**

M. A. Aragoneses Cañas	J. Montes Mieza
J. Azcoitia Elías	M. Navarro Serrano
M. Galbar González	R. Seminario Alzamora
I. García Montes	M. Sánchez Castilla
N. Martínez Castro	P. Rodríguez Tato
P. Mateo Sanz	E. Uriarte Brizuela

#### **Jefe de Servicio**

J. Insausti Valdívia

Y la participación del  
*Servicio de Anatomía Patológica, Servicios centrales, etc.*

Mi reconocimiento al personal de enfermería y auxiliares de clínica de Quirófano. Reanimación y especialmente para el de hospitalización de Ginecología por su permanente presencia en los post-operatorios de cirugía ginecológica.

Con la colaboración en Secretaría de *Pilar Lera*.

Sin olvidar que cualquier trabajo realizado en un hospital público necesita la colaboración de todos los hombres y mujeres que trabajan en él, desde su dirección hasta el último de los trabajadores. A todos, ellas y ellos, mi más sincero agradecimiento.



Material didáctico considerado de interés  
docente para la formación de médicos  
residentes en Obstetricia y Ginecología  
por los doctores:

JOSÉ MARÍA BEDOYA BERGUA

SANTIGO DEXEUS TRÍAS DE BES

JOSÉ DUEÑAS DÍEZ

SIXTO PERERA GONZÁLEZ

miembros de la Comisión Nacional de la  
*Especialidad de Obstetricia y Ginecología*

y por el Dr. ADOLFO MARQUÉS BRAVO,  
Subdirector General de Atención Especializada  
INSALUD.

**Volumen 2:** Cirugía del cáncer de mama

- Cirugía conservadora +  
linfadenectomía axilar
- Mastectomía radical  
modificada tipo Patey

**Volumen 3:** • Histerectomía abdominal

- Histerectomía radical:  
Wertheim - Meigs



Beecham