

11217

15

20j



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Curso de Especialización en Gineco Obstetricia

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Gineco Obstetricia

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Enseñanza e Investigación

"Complicaciones de la Histerectomía Ginecológica"

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título en la
ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA

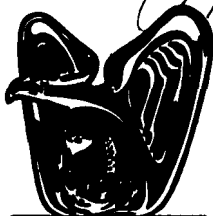
Presenta el Doctor

Mario Adolfo Campos Ramírez

Asesor: DR. ENRIQUE RIVERO WEBER

México, D. F.

TESIS CON 1966
FALLA DE ORIGEN



IMSS

[Handwritten signatures and marks]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
HISTORIA	2
CLASIFICACION Y TECNICAS	4
INDICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL. .	10
INDICACIONES DE HISTERECTOMIA POR AFECCIO- NES MALIGNAS	12
COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMI- NAL Y VAGINAL	14
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	32
SUGERENCIAS	34
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION:

La operación ginecológica mayor, efectuada más frecuentemente, es la extirpación del útero tanto por vía abdominal como por vía vaginal (1).

Es claro que para la mujer joven, un útero en plenitud de todas sus funciones es necesario y reserva la histerectomía para la mujer menopáusicas. Así mismo, la mujer de edad avanzada, al poseer su útero aún cuando esté enfermo, es retener su juventud (2).

No obstante, esta cirugía se realiza con mayor frecuencia, dado que se han ido perfeccionando las técnicas, tanto operatorias como anestésicas, así como también se dispone de hormonas sustitutivas y que los cuidados pre y postoperatorios también se han mejorado (3).

Sabemos también que sus indicaciones se han ido aumentando con el tiempo, considerándose no solo las anatómicas y funcionales (2, 3, 4, 5), sino que otros autores la proponen como práctica electiva y profiláctica contra el cáncer cervicouterino, por problemas menopáusicos e incluso como medida anticonceptiva definitiva, manifestando que "la única función del útero es la reproducción y que cumplida esta misión, se convierte en un órgano inútil, sangrante, fuente de diversos síntomas indeseables y portador potencial de cáncer, por lo que debe ser extirpado" (6). Es quizá por ello, que dentro de las cirugías mayores, se observa que cada vez más frecuentemente se estén realizando histerectomías, principalmente en países como Estados Unidos y Canadá (7, 8). Aunque también hay autores que se oponen a la realización de la histerectomía profiláctica, fundamentándolo -

en los elevados costos que ello implica, así como por los trastornos que se pueden derivar de ella, a saber: trastornos vasculares impredecibles, además de los metabólicos y psicológicos (2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). En relación a este último punto, se menciona que las pacientes pueden presentar desde la aceptación total (aún sin indicaciones suficientes), hasta estados depresivos intensos, y es precisamente por ello que se insiste en la gran importancia - de la valoración muy cuidadosa de este aspecto, antes de - tomar la decisión de efectuar la cirugía, tanto en la mujer joven con o sin hijos, como en la mujer menopáusicas.

Lógicamente, uno de los mayores problemas al que se enfrentará el médico al proponer esta cirugía, será el de convencer a su paciente y familiares, que el no menstruar y no tener hijos, no mermará su condición de mujer y por el contrario, sí se podrá otorgar beneficios al extirpar un órgano el cual se encuentre enfermo (2).

HISTORIA:

Como se sabe, la histerectomía es un procedimiento que se ha llevado a cabo desde el siglo pasado y que conforme al tiempo, sus indicaciones y técnicas se han ido perfeccionando.

La extirpación del útero se llevó a cabo primeramente por causas obstétricas. Así se señala que en 1768, Joseph Cavallini, extirpó exitosamente úteros grávidos en perras y manifestó que "podría arrancar impunemente la matriz del - - cuerpo humano". Incluso gentes como Michaels mencionaban -

que los riesgos de una cesárea podrían disminuirse con la amputación del útero. En 1868, Horacio Robinson practicó - la primera cesárea-histerectomía, en una paciente a quien había sometido a cesárea y que al presentar fibromatosis - uterina, le ocasionó una hemorragia profusa durante la intervención, siendo necesario extirpar el órgano, falleciendo la madre y el producto. El primer éxito de esta cirugía se le atribuye a Eduardo Porro en 1876.

La primera histerectomía ginecológica la realizó Charles - Clay de Manchester en el año de 1843, extirpando un útero fibroso, siendo un éxito, con la salvedad que al duodécimo día postoperatorio, al voltearse la enferma para el cambio de cama, ésta cayó y falleció al duodécimoquinto día de -- postoperatorio. El éxito completo se alcanzó en 1853 por - Walter Burham, durante una cirugía que inicialmente había sido con el propósito de extirpar un quiste de ovario, y - que de pronto la paciente empezó a vomitar, prolapsándose el útero fibroso, no siendo posible volverlo a su lugar, - por lo que lo extirpó. Continuó realizando histerectomías, no obstante de 15 pacientes solo sobrevivieron 3, por lo - que se realizaron comentarios de "Consideramos la extirpación del útero, sin inversión o protusión previas, como una de las operaciones más crueles e impracticables jamás proyectadas por la inteligencia o ejecutada por la mano del - hombre"

Posteriormente hubo varios autores que concluían que no era posible fibromas uterinos. Sin embargo en 1889 y 1892 Stimpson y Polk, realizaron modificaciones de la técnica con - relación al cierre de la cúpula vaginal.

Tres años más tarde, se describió la técnica de la histerectomía radical en pacientes portadoras de carcinoma de -cervix, atribuido a Clarck y Rumpf en Filadelfia y a Ries en Alemania. Es en 1901 cuando Wertheim modifica la técnica dejando cúpula abierta, mientras que otros autores posteriormente lo realizaron con cúpula cerrada. En 1929, Richardson emplea la técnica intrafascial. Telinde en 1946 utiliza clamps durante la cirugía, haciéndola aséptica.

Ahora, con respecto a los hechos históricos de la Histerectomía Vaginal, tenemos que: Se reporta que fué realizada - por primera vez en 1507 por Berengarius. Posteriormente en 1783 Marshall y en 1813 Langenbeck publicaron las primeras casuísticas, haciendo énfasis en que la principal indicación de la cirugía era el prolapso uterino. Según Hilden, en 1881 la mortalidad por este procedimiento oscilaba alrededor del 32%. Los primeros reportes que se tienen en México, se señala a Julián Villarreal, Velázquez Uriarte, Manuel Castillejos, Suárez Gamboa, Francisco Reyes y Alemán Pérez (2, 14, 15, 16).

CLASIFICACION Y TECNICAS:

Hay diferentes formas de clasificar a la histerectomía.

Por un lado tenemos que una histerectomía se puede realizar por causa Ginecológica u Obstétrica, de acuerdo a la entidad que origina la necesidad de extirpar el útero.

Ahora bien, de acuerdo a las condiciones de la cirugía, ésta se puede realizar TOTAL o SUBTOTAL y ya sea con o sin conservación de anexos.

Y finalmente, la histerectomía puede ser SUBFASCIAL, INTRAFASCIAL o con TÉCNICA DE RICHARDSON, o bien puede ser EXTRA-FASCIAL o CLÁSICA. Y en otro capítulo también podemos considerar a la Histerectomía Total, Radical, Pélvica u Operación de Wertheim-Taussig.

Tomando en cuenta la vía de extracción, ésta puede ser ABDOMINAL o VAGINAL.

La incisión abdominal será a juicio del cirujano y dependiendo de las características del útero, pudiendo ser Infraumbilical media o tipo Pfannestiel.

Técnica de Richardson o Intrafascial.-

Posterior a la incisión, la cual se realiza lo más alto posible para disminuir el riesgo de lesión a la vejiga, haber disecado por planos, introducido compresa separadora y el separador propiamente dicho, se procede a realizar exploración manual de la cavidad pélvica. Posteriormente se realizará la fijación del fondo uterino, pudiendo ser o bien -- con un punto de seda para traccionar de él, o bien tomarlo con el histerolavo. Se pinza, corta y liga los ligamentos redondos, prosiguiéndolo a hacer con los pedículos, incluyéndose trompas y ligamentos propios del ovario. En caso de ser necesario, extirpar los anexos, se formará un pedículo con el ligamento infundibulopélvico muy cerca del ovario y trompa. Se procede a la abertura anterior y posterior del ligamento ancho hasta el peritoneo vesical, se re

chaza el peritoneo hacia la vagina mediante una gasa montada. Se pinza, corta y liga las arterias uterinas. A nivel de los muñones de los vasos uterinos, se incide la fascia anterior con bisturí, se realiza disección de la misma con tijera. Posteriormente, también se disecciona la fascia posterior, al mismo nivel, al igual que también se encuentran la inserción de los ligamentos uterosacros. Movilizando el útero, es posible visualizar los ligamentos cardinales, los cuales se cortan y se ligan. Se procede entonces a abrir la vagina tomándose el cuello con una pinza de garras y -- traccionándolo hacia arriba, entonces podemos cortar la mucosa vaginal con tijeras a nivel del hocico de tenca, con el objeto de evitar acortamiento de la misma. Si no es necesario drenar colección alguna, se cierra el muñón en -- dos planos; inicialmente la mucosa vaginal con material -- del tipo de catgut del número 1, y después se cierra la -- fascia con una sutura continua con catgut del 0. Se reperi-toniza y se cierra la cavidad en forma habitual.

Técnica Extrafascial o Clásica.-

Este tipo de técnica al inicio se realiza de igual modo -- hasta que se han seccionado los vasos uterinos, para que -- posteriormente y sin abrir la fascia, se pinze, corte y li-gue los ligamentos úterosacros e incluso los cardinales. Se secciona la mucosa vaginal y se sutura igualmente fijan-do los muñones a los extremos de la vagina, para finalizar de igual modo que con la técnica anterior.

Histerectomía Abdominal Total Radical con Linfadenectomía Pélvica (Operación de Wertheim Taussig).-

Como es lógico, esta técnica fué ideada para aquellos casos que por procesos malignos es necesario extirpar el útero. A continuación se describe la técnica con la que Alvarez -- Bravo la ejecutaba:

- 1) Incisión suprapúbica transversal y disección por planos.
- 2) Colocación de separador Sullivan O'Connor. Sección del peritoneo posterolateral desde donde se encuentra la arteria iliaca primitiva hacia abajo, siguiendo la trayectoria del uretero y por afuera de él.
- 3) Linfadenectomía.- Hechas estas incisiones, se procede a la linfadenectomía, extirpándose el tejido conectivo en donde se encuentran los ganglios y vasos linfáticos pélvicos.
- 4) Se liga y se corta la arteria hipogástrica, ligando también sus ramas terminales, extirpando la porción distal del vaso, a la vez que el tejido conectivo de esta zona.
- 5) Ligadura de ligamentos infundibulopélvicos y redondos.- Se procede a ello posterior de la linfadenectomía y entonces se tiene el uretero ampliamente a la vista.
- 6) Disección de la vejiga.- Se corta el peritoneo vesicouterino, iniciando a la vez la disección vesical; esta disección no se lleva muy abajo sino en un tiempo posterior, se libera los ureteres y se corta los alerones de la vejiga.

- 8) Se procede al corte de la hoja anterior, preureteral del parametrio.
- 9) Se termina de diseccionar la vagina, separando la vejiga de la vagina.
- 10) Disección y vaciamiento de las fosas obturadoras.- Estas se encuentran en la parte antero-externa de las venas ilíacas externas, extirpando su tejido conectivo y linfático hasta aislar el nervio obturador.
- 11) Separación del recto.- Se corta transversalmente el fondo de saco de Douglas, separando el recto de la vagina, lográndose ésto cuando se encuentra el espacio perirectal.
- 12) Sección de los ligamentos uterinos.- Se corta los ligamentos uterosacros y posteriormente se corta los parametrios y paracolpos.
- 13) Sección de vagina y paracolpos.- Se realiza este procedimiento protegiendo la vejiga con una valva.
- 14) Peritonización.
- 15) Cierre por planos.

Histerectomía Abdominal en Obstetricia.-

En el ramo de la obstetricia puede ser necesario llegar a practicar una histerectomía, encontrándose útero ocupado,

o bien posterior a una ruptura uterina o dehiscencia de -- histerorrafia o por otras causas obstétricas (atonía uterina, placenta acreta, etc.). La técnica dependerá de las necesidades de cada caso en particular, pudiendo ser subtotal o total, o bien subfascial o clásica. Lógicamente, hay que pensar la desventaja que existe dado que está aumentada la vascularidad, la cual puede llegar a sangrar más de lo habitual, aunque también se tiene la ventaja de disminuir las posibilidades de lesión ureteral, ya que éstos se encuentran muy rechazados.

Histerectomía Vaginal.-

En posición de litotomía, se procede al aseo quirúrgico de la región, se sondea la vejiga y se comprueba la movilidad del útero. Se fijan en forma lateral los labios menores y se pinza el cérvix con pinzas de Pozzi, realizando tracción del mismo a la vez que se identifica el pliegue vesicouterino, por debajo de él se incide el cérvix en forma circular y se despega el manguito vaginal. Se rechaza la vejiga con disección roma y se introduce una valva. Con ello se aislaron los pilares vesicales, los cuales se pinzarán, cortarán y ligarán. En el pliegue vesicouterino posterior se abre éste, refiriendo sus bordes. A través de esta incisión es posible explorar el tamaño y posición del útero. El útero es traccionado hacia el pubis para localizar el repliegue posterior, el cual también se abre, refiriendo sus bordes. Los ligamentos uterosacros son pinzados y se cortan. Con una segunda pinza se toman los ligamentos cardinales y de ser posible se toman en el mismo momento las arterias uterinas, aunque algunos cirujanos prefieren

llevar a cabo este procedimiento por separado. Ya que se ha cortado el tejido paracervical se luxa el útero, pudiendo observar los anexos y ligamentos redondos, los cuales se cortarían también, siendo posible la extracción de la pieza. Finalmente se cierra el muñón pudiendo efectuar uno de los siguientes procedimientos: De Heaney en el cual se fija -- los ligamentos cardinales a los ángulos laterales de la vagina, o bien al procedimiento de Mayo-Ward, en el cual los muñones de los ligamentos cardinales son fijados al centro, posterior al cierre del peritoneo.

Finalmente y dependiendo de que existan descensos de la pared anterior y/o posterior de vagina, se procederá a realizar los procedimientos indicados para ello y con las técnicas habituales (1, 2, 14, 16, 17 18).

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL.-

Conforme transcurre el tiempo, también han aumentado las indicaciones de la histerectomía. A continuación se representan las principales indicaciones para efectuar la histerectomía abdominal.

a) Histerectomía abdominal por afecciones benignas.-

- **Miomatosis Uterina.** - Dada su alta frecuencia en la mujer, ha sido la principal indicación de histerectomía. Su frecuencia varía desde el 70% al 85% (1, 2, 3, 5, 15, 19).

- **Endometriosis (incluyendo Adeniosis).** - Esta entj

dad siempre ha representado un problema, principalmente en lo que a su tratamiento se refiere. Es -- una de las causas principales de histerectomía en la mujer joven. Sus porcentajes varían entre 1.5% a 5.3% (1,2,3,5,15,19).

- Hiperplasias endometriales.- En esta causa generalmente tenemos antecedentes de sangrados anormales y que posterior a una toma de biopsia de endometrio, es reportada. Su frecuencia es del 1.9% al 6.0% (1, 2,3,5,15,19).
- Sangrados Uterinos anormales.- Cuando un sangrado uterino anormal persiste y es rebelde a tratamiento y no se encuentra causa orgánica, puede ser causa - de histerectomía. Su frecuencia es de 0.7 al 13.3%. (1,2,3,5,15,19).
- Enfermedad Pélvica inflamatoria.- Aunque el problema de esta patología se ha disminuido con la aparición de múltiples antibióticos, en casos de infecciones pélvicas, las secuelas dejadas por el proceso inflamatorio en muchas ocasiones no responde al tratamiento médico, haciendo necesaria la Histerectomía. Su frecuencia es baja y oscila entre el 2 y el 3% (1,2,3,5,15,19).
- Tumores Benignos de Ovario.- En muchas ocasiones y por una tumoración ovárica y la cual sea sospechosa, es tributario de este procedimiento. Su frecuencia se ha visto disminuida por estudios transoperatorios, no obstante se reporta entre 0.5% y el 4.6%.

- Poliposis endometrial y cervical.- Estas entidades en muy pocas ocasiones es causa de histerectomía, ya que en muchos casos es factible su extirpación sin llegar a la cirugía mayor, su frecuencia se reporta entre el 0.5% y 2.9% (1,2,3,5,15,19).
- Displasias severas.- No obstante que es una entidad que puede evolucionar a la malignidad, es incluida aquí. Su frecuencia debe ir aumentando de acuerdo con la clasificación de CIN, no obstante, pocos estudios la han incluido. Su frecuencia es del 0.5%, no obstante se considera debe ir aumentando (1,2,3,5,15,19).

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA POR AFECCIONES MALIGNAS.-

Se sabe de la importancia que tiene la histerectomía por problemas malignos y que éstos pueden ser derivados del útero (cérvis y endometrio) como del ovario. Lógicamente, su indicación será en estadios iniciales para poder obtener beneficios de esta cirugía y no ser solo una medida paliativa.

- Cáncer de Endometrio.-

Se ha observado que en ocasiones se obtiene mayor supervivencia realizando la cirugía y añadiendo radiación. Su frecuencia es alrededor del 2.4%. No obstante muchos autores los integran con las causas de carcinoma de cervix y de ovario (1,5,19).

- Cáncer de Cérvix.-

Inicialmente el procedimiento quirúrgico fué el más aceptado, no obstante sus resultados no fueron del todo satisfactorios, viniendo entonces la época de las radiaciones y al observar el mismo fenómeno, se decidió un tratamiento en conjunto. Su frecuencia oscila entre 0.7% hasta el 6.9%. Dependiendo esta variación, lógicamente del tipo de pacientes que trate una unidad, no siendo el mismo porcentaje en hospitales ginecológicos generales que en oncológicos.

- Cáncer o tumores malignos de ovario.-

El útero frecuentemente es punto de metástasis de cáncer de ovario. Muchos autores lo aconsejan que sea re- movido de acuerdo a la etapa de desarrollo de la enfermedad, sin embargo en muchas ocasiones puede ser inútil si el proceso se haya muy avanzado. Su frecuencia se encuentra alrededor del 0.5% (5,15).

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.-

Prácticamente la única indicación de la histerectomía vaginal es el Prolapso y de él, los grados II y III. Frecuentemente se acompaña de cirugía complementaria cuando hay descensos de paredes vaginales. Su frecuencia en relación a la histerectomía vaginal es alrededor del 23% (5,19).

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL

La gran mayoría de las pacientes a quienes se les efectúa una histerectomía evolucionarán en forma satisfactoria y al término de por lo menos una semana, esta se encontrará en su domicilio. Sin embargo un determinado número presentarán -- complicaciones que motive que su estancia hospitalaria se vea aumentada o prolongada. Esta bien documentado que existen factores predisponentes para que aparezcan complicaciones. Entre estos factores están: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Cardioangioesclerosis, Obesidad, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Patología Tiroidea, Insuficiencia venosa de miembros inferiores, Cardiopatías diversas, Desnutrición, Tuberculosis Pulmonar. Estados anémicos y carenciales de diversos tipos de Colagenopatías entre -- otras. Todas ellas influirán de uno u otro modo para que se presenten las complicaciones

A continuación se mencionarán las principales complicaciones, recordando que algunos autores prefieren clasificarlas como complicaciones transoperatorias, inmediatas (dentro de las primeras 24 horas) y tardías.

1. Hemorragia.- La hemorragia es más frecuente durante el transoperatorio, sin embargo, también puede ser inmediata. Esta puede ser de diferente magnitud, desde ligeras y prontamente controladas hasta ser severa y ocasionar grados diversos de shock e incluso la muerte. La presencia de esta complicación frecuentemente es atribuida a una mala técnica quirúrgica. Los autores americanos señalan una frecuencia de 0.28% - al 2.0% y los reportes de autores mexicanos señalan

del 0.6% al 8.6%. En padecimientos malignos se ha se-
ñalado cifras altas hasta del 45.1% (1,2,3,4,5,14,15,
16,18,19,31).

2. Hematoma.- Es una complicación relativamente frecuen-
te, aunque generalmente tardía. Generalmente se esta-
blece en pared aunque también puede asentarse en si-
tios cercanos al fondo de saco. Su frecuencia en la
histerectomía abdominal se encuentra alrededor del -
1.3% y en la vaginal en cifras semejantes (1,3,5,6,-
14,16).
3. Complicaciones Urinarias.- Estas las podemos dividir
en: retenciones urinarias, infección, lesiones a ve-
jiga o ureteros y como consecuencia de ello, fistulas.

La retención urinaria suele ser muy común, principal-
mente en la histerectomía vaginal. Generalmente se -
resuelve con el drenaje por sonda y permanencia de -
la misma alrededor de 5 días y en muy pocas ocasiones
es necesario llegar al drenaje suprapúbico. En la --
histerectomía abdominal se ha reportado una frecuen-
cia de 1.3% y en la vaginal hasta de 13.2% (1,3,14,
16).

La infección de vías urinarias se ve predispuesta por
el hecho de un sondeo vesical en condiciones no del
todo asépticas. Generalmente responde adecuadamente
al empleo de antibióticos y antisépticos urinarios -
y en contadas ocasiones pudiera ser que la infección
ascendiera y se presentara una pielitis. Su frecuen-
cia en la histerectomía abdominal oscila entre el --

2.3% hasta el 7.9% y en la vaginal se reporta un 16.8%, quizá influenciada por una permanencia mayor de una sonda vesical (1,2,3,4,5,14,21). Las lesiones de vejiga y ureteros se manifiesta más frecuentemente en - - aquellas que se realizan por padecimientos malignos, por lo que ello representa per se. Sin embargo, también puede presentarse en la histerectomía abdominal por padecimientos benignos y en la histerectomía vaginal. Si las lesiones son identificadas en el momento, pueden ser reparadas y tener una evolución satisfactoria, sin embargo cuando esto no sucede, el escape de la orina puede producir un trayecto fistuloso. Las -- frecuencias reportadas son: para la histerectomía abdominal del 0.2 al 1%, en padecimientos malignos las cifras oscilan entre 1.4 y 16%, mientras que en las - histerectomías vaginales se reporta 0.3%. Esto en relación a la fistulas propiamente dicho. La lesión a - ureteros se reporta del 0.1 al 0.3% (1,3,4,5,14,15,16, 18,19,21,25,26,28,29,31,32).

4. Complicaciones Pulmonares.- Como es sabido, muchas - pacientes son portadoras de bronquitis crónica, asma o enfisema y en un momento dado es necesaria una cirugía mayor. Los riesgos son atelectasias pulmonares o verdaderos colapsos. Aunque reviste gran importancia en la mayoría de reportes no aparece. En comparación de ello, la Embolia Pulmonar es reportada de 0.3% al 1.3% (1,4).
5. Complicaciones Intestinales.- Estas pueden ser mecánicas o bien por lesiones propiamente dichas.

- Ileo paralítico.- Esta molesta complicación puede presentarse tanto en la histerectomía abdominal como en la vaginal, aunque más frecuentemente en la primera. Con el cuadro clínico y con ayuda de Rx - se puede descartar la obstrucción intestinal. Generalmente se resuelve con el uso de sondas nasogástricas y estimulantes del peristaltismo. Su frecuencía varía del 0.12% al 1%.

- Obstrucción Intestinal.- En ella, la aparición de vómitos incoercibles, distensión abdominal y ruidos peristálticos de lucha y apoyados de los signos radiológicos, permiten la sospecha de esta entidad. Su manejo es inicialmente por sondeo nasogástrico, sin embargo de no resultar esta medida, es indicación de laparotomía exploradora. En los estudios revisados no se manifiesta la presencia de esta complicación, sin embargo tiene que estar presente en todo cirujano que observe complicaciones del tránsito intestinal en sus pacientes operadas y hacer - - diagnóstico diferencial con el Ileo paralítico (1, 14)..

- 6. Tromboembolia.- Es una complicación de gran importancia. La obstrucción de venas profundas de miembros inferiores muchas veces es difícil de diagnosticar. Estas obstrucciones en muchas ocasiones puede ser fuente de émbolos y producir una tromboembolia pulmonar. Hay que tener presente estos riesgos principalmente - en aquellas pacientes propensas a ello (obesas, diabé ticas, trastornos vasculares periféricos, etc.). Los problemas de tromboflebitis se reportan entre 0.3% y 1.4% (1,4,5,14).

7. Infección.- Es quizá el capítulo más importante después de la hemorragia como causa de complicaciones en la histerectomía. También son conocidos factores predisponentes, como en las pacientes obesas, diabéticas, con estados de inmunodepresión o puntos infecciosos a otros niveles no bien tratados o no identificados. Otros autores manifiestan como un factor importante para la infección la duración de la cirugía, etc. Los procesos infecciosos pueden localizarse a nivel de pared, o bien a nivel de la pelvis propiamente dicha (abscesos pélvicos). Los porcentajes manejados para el absceso de pared son de 2.3 al 6.1%, los de abscesos pélvicos son de 0.1 a 0.5%, los de abscesos de cúpula de 0.1 a 2.6% (1,3,4,5,14,16,18,19,20,21,25,26,27,30,31).
8. Desequilibrio electrolítico.- Generalmente se presenta en aquellas pacientes que presentan vómitos importantes en el postoperatorio o por descontrol metabólico (diabéticas), o bien como iatrogenia por mal manejo de líquidos. A pesar de su importancia, prácticamente no es reportado en los estudios revisados.
9. Evisceración.- La abertura completa o parcial de la incisión puede presentarse en pacientes muy obesos o caquéticos, pudiendo presentarse por mala técnica quirúrgica adicionado a estados patológicos que hagan trabajar la prensa abdominal (vómitos, tos, etc.). El porcentaje reportado se encuentra de 0.3% al 0.5% (1,3,4,5,14,15,16,18,19,20,21,29).

10. **Cuerpos Extraños.**- De las complicaciones, la más penosa es definitivamente la presencia de cuerpos extraños postquirúrgicos, no obstante, es un acontecimiento que puede sucederle hasta al más experimentado cirujano y en los mejores hospitales. Ello puede acontecer tanto en la cirugía abdominal como en la vaginal. Esto motiva en muchas ocasiones se tenga que re-intervenir a una paciente y que en países como E.U., sea objeto de demandas médico-legales. Su frecuencia se reporta en 0.001%. Una frecuencia muy baja afortunadamente (1,21).

11. **Lesión nerviosa.**- En algunas pacientes puede lesionarse el nervio crural durante el acto y principalmente por el uso inadecuado o protección deficiente de paredes abdominales. La paciente entonces presentará parestesias, dolor y debilitamiento del miembro afectado. Así mismo en la cirugía vaginal puede lesionarse el nervio ciático debido a la compresión del muslo durante el tiempo quirúrgico. Generalmente son -- complicaciones transitorias. En los artículos mexicanos no se encuentra mencionada, sin embargo autores americanos mencionan hasta un 11.6% de frecuencia (1, 22,23,24).

12. **Prolapso de trompa o enteroceles.**- Generalmente son complicaciones raras y reportadas en la cirugía vaginal. No se encuentra en reportes de autores mexicanos, sin embargo la literatura los menciona (1,29).

13. Complicaciones Psicológicas.- Es un capítulo que hasta los últimos años se ha hecho énfasis. A pesar de manifestar su importancia en muchos escritos, son pocos los que realmente lo valoran en forma objetiva. Su importancia ya fué mencionada en la introducción. La estadística es tan importante que autores americanos como Melody y Richards señalan una incidencia entre el 11 y hasta un 70% de mujeres histerectomizadas que a un plazo determinado presentan datos de -- depresión. Dadas estas circunstancias se recalca por un lado la necesidad de valorar los beneficios de la cirugía y por otro lado, la necesidad de buscar más intencionadamente los datos psicológicos en las pacientes sometidas a esta cirugía (6,7,8,9,10,11,12, 13).

Con lo anteriormente expuesto, estamos de acuerdo que la histerectomía ginecológica, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de que existan complicaciones de diversa índole durante el acto operatorio. Ahora bien, es tan importante conocer las complicaciones que ya han sido descritas anteriormente por muchos autores como lo es el hecho de contar con estadísticas propias que reflejen el trabajo efectuado en este hospital, y así poder compararlos con -- otros.

Por lo que se propone estudiar las complicaciones más frecuentemente reportadas en las histerectomías ginecológicas efectuadas en este hospital, en un lapso y realizar un análisis retrospectivo, para que en el futuro se puedan disminuir su frecuencia, al conocer los factores que las propician.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron las libretas de control de cirugía de la Jefatura de la Unidad Tocoquirúrgica de este hospital en los años 1982 y 1983, con el fin de obtener el número de histerectomías, los nombres y cédulas de las pacientes, para posteriormente buscar los expedientes en archivo y analizar su contenido. Este análisis comprendió: Edad, Antecedentes gineco-obstétricos, Antecedentes personales patológicos, cirugías previas, Cuadro clínico, Datos de exploración, Exámenes de laboratorio y gabinete, Exámenes previos de patología (PAP, BE, etc.), Dx. preoperatorio, Cirugía efectuada, Hallazgos transoperatorios, Complicaciones (tempranas o tardías), Evolución Tratamiento Médico, reporte histopatológico final y Estancia hospitalaria.

Obteniendo estos datos se tabularon haciendo énfasis de factores predisponentes en relación con las complicaciones y comparar las cifras con reportes previos, tanto nacionales como extranjeros.

RESULTADOS:

Se revisaron 56 expedientes de pacientes a quienes se les efectuó histerectomía ginecológica, de enero a diciembre - de 1983, en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castellazo Ayala" del IMSS. Del total 45 fueron histerectomías - abdominales y 11 vaginales. De las abdominales se efectuaron 42 intrafasciales y 3 extrafasciales, realizándose además en 10 salpingooforectomía unilateral y en 3 salpingooforectomía bilateral. En 7 casos se efectuaron otros procedimientos durante la realización de la histerectomía abdominal, como colporrafia anterior y posterior. en 7 ocasiones y Marshall Marchetti Kranz en un caso.

En todas las histerectomías vaginales se realizaron procedimientos reconstructivos del tipo de colporrafia y cistoureterosuspensión tipo Kelly.

La edad de las pacientes fluctuó entre 17 y 72 años, encontrándose la mayoría entre la 4a. y 5a. década de la vida, como se observa en el cuadro número 1:

Cuadro No. 1

Edad

Años	Casos	Porcentaje
11 - 20	1	1.8
21 - 30	3	5.4
31 - 40	17	30.4
41 - 50	24	42.6
51 - 60	9	16.2
61 - 70	1	1.8
71 - 80	1	1.8
T O T A L	56	100.0

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos encontramos predominio de las pacientes multigestas, tal y como se muestra en el cuadro 2:

CUADRO No. 2

PARIDAD

Gestas	Casos	Porcentaje
0 - 1	3	5.3
2 - 3	13	23.0
+ de 3	40	71.4

De los antecedentes personales patológicos, los más frecuentes fueron: Hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, como puede observarse en el Cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Antecedente	Casos	Porcentaje
Hipertensión arterial	9	16.07
Diabetes mellitus	6	10.71
Obesidad	6	10.71
Alergia medicamentosa	5	8.92
Otros	17	30.35
T O T A L	45	76.84

El antecedente de cirugía previa es mostrado en el Cuadro No. 4, siendo los más frecuentes: Cesárea, Apendicectomía, Salpingoclasia bilateral.

CUADRO No. 4

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Cirugía	Número	Porcentaje
Cesárea	15	26.78
Apendicectomía	9	16.07
Salpingoclasia bilateral	8	14.28
Amigdalectomía	5	8.92
Legrado uterino	5	8.92
Plastias umbilicales	5	8.92
Colecistectomía	4	7.14
Laparotomía exploradora	2	3.57
Otras cirugías	10	17.81
T O T A L	53	100.00

El cuadro clínico manifestado fué muy variable, como puede apreciarse en el Cuadro No. 5. La mayoría tenía sangrados genitales anormales y sensación de cuerpo extraño en vagina.

CUADRO No. 5

SINTOMAS

Manifestación clínica	Número	Porcentaje
Sangrado uterino anormal	38	67.8
Sensación de cuerpo extraño en vagina	13	23.2
Incontinencia urinaria de esfuerzo	10	17.8
Dolor abdominal inespecífico	6	10.7
Dismenorrea	3	5.3
Aumento de volúmen abdominal	3	5.3
Pérdida de peso	2	3.5
Disuria y/o polaquiuria	2	3.5
Dispaurenia	2	3.5
Sensación de pesantez abdominal	1	1.7
Sangrado postcoito	1	1.7
Hipertermia	1	1.7

Tomando en cuenta los datos clínicos, de laboratorio gabinete y de la exploración, se establecieron los diagnósticos preoperatorios que se observan en el Cuadro No. 6; el más frecuente fué la Miomatosis Uterina.

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Miomatosis uterina	25	55.5
Adenomiosis	9	20.0
Miomatosis + trastornos de la <u>estática</u> pelvigenital.	8	17.7
Tumoración ovárica	2	4.5
C.I.N. III	1	2.3
T O T A L	45	100.00

La indicación de la histerectomía vaginal, fue descenso -- uterino; de los cuales 3 eran de 2o. grado y 8 de 3o.

De los 56 casos revisados se encontraron las siguientes -- complicaciones: Cuatro pacientes tuvieron absceso de cúpula, de los cuales dos se les realizó histerectomía abdominal y otros dos histerectomía vaginal; dos de ellas tenían el antecedente de un examen cervicovaginal positivo de *Escherichia coli* y *proteus*, por lo que se les dió tratamiento previo a la cirugía, siendo los controles posteriores negativos. Las cuatro evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento médico y desbridación del absceso.

Tres pacientes presentaron infección de vías urinarias; a dos se les efectuó histerectomía abdominal y a la otra vaginal; una de ellas tenía una gran tumoración que comprimía ureteros y a vejiga. A otro caso se le practicó Histerectomía Total Vaginal más colporrafia, con el diagnóstico de Hiperplasia quística del endometrio y cistocèle; ésta tenía el antecedente de infecciones de vías urinarias de repetición, aunque los exámenes preoperatorios incluyendo el urocultivo fueron normales o negativos. El tercer caso se le practicó Histerectomía Total Abdominal por adenomiosis, teniendo como único antecedente de importancia un exudado cervicovaginal positivo a *Cándida Albicans*, para lo cual había recibido tratamiento.

Hubo 4 casos con sangrado mayor de 1000 cc, debido a dificultades técnicas producidas por el gran tamaño de los miomas.

El absceso de pared fué reportado en dos pacientes; una de ellas con el antecedente de dos cesáreas previas y la otra portadora de diabetes mellitus, bocio y obesidad, y quien permaneció en el hospital durante 17 días.

La eventración ocurrió en dos pacientes; la primera sin antecedentes de importancia y la segunda tenía el antecedente de varias cirugías previas (apendicectomía, colecistectomía).

Otra complicación fue la vaginitis que ocurrió en dos pacientes; una de ellas se incluyó la pared vesical en uno de los puntos del cierre de la cúpula vaginal vesical, habiendo obligado a que la sonda de foley permaneciera durante 6 días; la leucorrea se manifestó a los 30 días habiéndose aislado solo estreptococo gamma y tratándose con nitrofurazona con una evolución satisfactoria. La otra paciente se le realizó Histerectomía Total Vaginal y colpoperineoplastia; en ella el cultivo solo reveló bacilos difteroides y se trató con gentamicina y nitrofurazona evolucionando satisfactoriamente; en ambas pacientes los exámenes preoperatorios fueron normales con cultivos negativos.

La fistula vesico-vaginal ocurrió solamente en un caso que tenía como antecedente de importancia 3 cesáreas previas. Se le practicó fistulectomía, recidivando a los 4 meses, por lo que hubo que reintervenirla ocho meses después evolucionando posteriormente en forma satisfactoria.

La única complicación anestésica detectada, fué una punción de duramadre, en una paciente senil de 72 años a quien se le efectuó histerectomía vaginal. Las complicaciones encontradas en este grupo de pacientes se puede observar en el cuadro No. 7.

En esta revisión no se encontraron otro tipo de complicaciones mencionadas en otros reportes, como son: ligadura de ureteros, lesiones intestinales, íleo paralítico, fenómenos tromboembólicos, etc.

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES

Complicación	Número	Porcentaje
Absceso de cúpula	4	7.14
Infección de vías urinarias	3	5.35
Hemorragia (+ de 1000 cc)	3	5.35
Hematoma de pared	2	3.57
Absceso de pared	2	3.57
Eventración	2	3.57
Vaginitis	2	3.57
Pedículo sangrante	1	1.78
Neumonía basal	1	1.78
Retención urinaria	1	1.78
Fístula vesicovaginal	1	1.78
Dehiscencia de pared	1	1.78
Punción de duramadre	1	1.78
Bochornos	1	1.78
Fiebre de origen no determinado	1	1.78

En el Cuadro No. 8 se comparan los porcentajes de las principales complicaciones encontradas por diferentes autores y en el presente estudio.

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES

PORCENTAJES

<u>COMPLICACIONES</u>	Delgado	Ortega	Delgado	White	Nava	Bravo	Amirikia	Presente
	1969	1976	1982	1971	1973	1973	1979	1986
Casos	300	200	300	300	500	2296	4228	56
Absceso cúpula	0.6		2.6					7.01
Inf. Vías Urinarias	6.0		4.0	44.0	6.4			5.26
Hemorragia	0.6		0.6	0.6	15.6	0.9	0.9	5.26
Absceso pared	4.0	1.5	4.0	5.6	6.0	0.21	0.21	3.50
Hematoma pared		1.5						3.50
Eventración		0.5						3.50
Vaginitis								3.50
Fístulas	1.0		1.0		1.0			1.75
Retención urinaria		8.0		3.0				1.75
Fiebre de origen <u>des</u> <u>conocido</u>	34.0	7.5	15.3	36.0				1.75
Dehiscencia de pared	2.3	1.0	3.3					3.50

Con respecto al diagnóstico anatomopatológico, éste se pudo recabar en 46 pacientes. En el cuadro número 9 se esquematiza los diferentes diagnósticos emitidos por patología. Puede observarse que los principales diagnósticos fueron: cervicitis crónica inespecífica, leiomiomatosis uterina y adenomiosis.

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

Dx. Anatomopatológico	Número	Porcentaje
Cervicitis crónica inespecífica	38	82.1
Leiomiomas uterinos	16	34.7
Adenomiosis	14	30.4
Hiperplasia quística	6	13.0
Cistadenoma seroso de ovario	4	8.7
Endometrio inactivo	4	8.7
Endometriosis ovárica	2	4.3
Displasia severa	2	4.3
Endometrio proliferativo	1	2.1
Endometritis	1	2.1
Tecoma ovárico	1	2.1
Displasia leve	1	2.1
Atrofia senil uterina	1	2.1
No se encontró el resultado	11	

En el cuadro número 10 se muestra la correlación de las -- principales indicaciones de histerectomía abdominal y el -- resultado de patología. Como puede observarse con relativa frecuencia se erró el diagnóstico preoperatorio, habiendo-- confusión principalmente entre miomatosis y adenomiosis.

CUADRO No. 10

CORRELACION CLINICA Y PATOLOGIA

Dx Preoperatorio	Casos	Corroborado	Dx Equivocado	No se encontró
Miomatosis uterina	25	10	10	5
Adenomiosis	9	3	5	1
Hiperplasia quística del endometrio	5	1	2	2
Tumoración ovárica	2	2		
CIN III	1		1 (CIN II)	
Endometritis	1	1		

En este estudio no existió mortalidad por la histerectomía ginecológica.

CONCLUSIONES

Las indicaciones principales de la histerectomía ginecológica que se resuelven por vía abdominal son: la miomatosis uterina, la adenomiosis, la hiperplasia quística del endometrio, tumoraciones ováricas y las displasias, sin embargo, no siempre es confirmado el diagnóstico por patología, encontrándose en un gran porcentaje que el diagnóstico es errado, principalmente en lo que se refiere a miomatosis y adenomiosis, abusándose del primer diagnóstico para someter a una paciente a cirugía. Con respecto a la hiperplasia quística, el diagnóstico se estableció en forma preoperatoria en base a biopsias de endometrio y no siempre fué confirmado en el estudio de la pieza operatoria.

Las complicaciones en forma global representaron un 37.68% del total, ya que 21 pacientes de las 56 presentaron alguna complicación, algunos casos presentaron dos o más complicaciones. A continuación se correlaciona con lo encontrado por otros autores.

La hemorragia se encontró en un 5.35%, coincidiendo con los porcentajes encontrados a nivel nacional u por encima de los encontrados por autores americanos. Se encontró que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con cirugías abdominales previas con adherencias que dificultan y retardan el acto quirúrgico, además encontramos otros factores predisponentes como son la obesidad e hipertensión arterial. (2,3,4,5,15,16,18,19).

Los hematomas de pared, que en el presente estudio se presentaron en dos pacientes, significando un 3.57%, es quizá un poco mayor que los reportes previos que lo señalan alrededor del 1.0%; los factores predisponentes principales son la obesidad y cirugías abdominales previas, aunado a una - deficiente técnica operatoria.

Como complicaciones urinarias encontramos infección urinaria en tres pacientes (5.35%, una con fistula vesicovaginal (1.78%) y otra con retención urinaria (1.78%), estando los porcentajes de acuerdo con otros estudios previos. En el presente estudio no se presentaron lesiones ureterales, como se reportan otros autores (1,3,4,5,14,16,21).

En el presente estudio no se presentaron lesiones intestinales, aunque otros autores reportan una frecuencia que va del 0.12% al 1.0%. (1,14).

Tampoco se encontraron fenómenos tromboembólicos, no obstante algunas pacientes tenían factores predisponentes como son: hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, cardiopatías y diabetes mellitus, además de la obesidad.

La infección sigue ocupando un lugar importante en las complicaciones de la histerectomía ginecológica. Esta fue manifestada como absceso de cúpula o infección de la herida quirúrgica, encontrándose en un 7.1% para la primera y en un - 3.57% para la segunda. Los factores predisponentes identificados también fueron la obesidad y la diabetes mellitus, -- además de cultivos vaginales positivos previos, ya que dos pacientes tenían el antecedente de un exudado cervicovaginal positivo, no obstante que se les dió tratamiento médico

previo y los cultivos de control fueron negativos, tuvieron infección de la cúpula vaginal. Estos porcentajes son superiores a los reportados previamente en lo que a absceso de cúpula se refiere (0.1 a 2.6%) y coincidimos en la frecuencia de infección de pared (1,3,4,5,14,16,18,19,20, 21,25,26,27,30,31).

La evisceración se encontró en dos pacientes, significando un 3.57%, teniendo como antecedentes varias cirugías abdominales previas y en una se presentó además hematoma de pared. Esto nos obliga a pensar en una deficiente técnica operatoria, ya que conociendo los factores predisponentes, se debió escoger adecuadamente el material de sutura para el cierre de la herida quirúrgica. Con respecto a este punto, también encontramos que se encuentra por arriba del 0.3% al 0.5% reportado por otros autores (1,3,4,5,14,15,16, 18,19,20,21,29).

La revisión previa, nos hace reflexionar en algunos puntos para poder someter a una paciente a una histerectomía:

- a) Tomar en cuenta los antecedentes personales patológicos para prevenir complicaciones, realizando o perfeccionando la técnica operatoria, que incluye una hemostasia adecuada, cierre de herida quirúrgica con material adecuado, etc.
- b) Tener la seguridad de haber erradicado todo foco infeccioso previo a la cirugía.
- c) Fundamentar adecuadamente el diagnóstico preoperatorio, habiendo agotado los medios de apoyo con que se cuentan, sea de laboratorio o de gabinete y revisar

los resultados del estudio anatomopatológico para re-
troalimentación del cirujano.

- d) No someter a una paciente a un riesgo quirúrgico en -
forma innecesaria.

B I B L I O G R A F I A

1. NOVAK E.: Tratado de Ginecología 9a. edición. E. Interamericana.
2. PAVON MONCADA Y COL.: Histerectomía Abdominal. Monografías de ginecología y obstetricia. Hosp.Gineco Obst. # 1, México IMSS, 1964.
3. DELGADO URDAPILLETA Y COL.: Histerectomía abdominal. Estudio de 300 casos. Ginec. y Obst. Mex. 50 (299):57-63, 1982.
4. DELGADO URDAPILLETA Y COL.: Indicaciones y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal. Ginec. Obst. Mex. 26 (154): 183, 1969.
5. PEREZ DE SALAZAR Y COL.: 1,100 Histerectomías. Ginec. - Obst. Mex. 20:59-76, 1965.
6. WRIGHT: Hysterectomy: Past, present and future. Obstet. Gynecol. 33 (4): 560-3, 1969.
7. J. ANANTH: Hysterectomy and Depression. Obstet. Gynecol. 52 (6): 724-729, 1978.
8. COLE: Elective hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 129: 177, 19-7.
9. FLORES Y COL.: Evaluación clínica y psicosexual de la paciente histerectomizada. Ginec. Obstet. Mex.38:227,1975.

10. GALLO Y COL.: Implicaciones psicológicas relacionadas - con la histerectomía. Ginec. Obstet. Mex.6:437, 1969.
11. POLYNY: Psychological reactions to hysterectomy: a critical review. Am J. Obstet. Gynecol. 118:417, 1974.
12. RICHARDS: Depression after hysterectomy. The Lancet. 1: 430, 1973.
13. WOLF: Emotional reactions to hysterectomy. Postgrad Med. 47: 165, 1970.
14. W. Te LINDE: Ginecología Operatoria, quinta edición. Ed. El Ateneo.
15. ORTEGA SANCHEZ: Morbilidad en histerectomía abdominal. Monografías de ginecología y obstetricia. Hosp.Gineco Obst. # 1, IMSS. México, 1976-1979.
16. MANZUR MARCUS: Morbilidad en histerectomía vaginal. Monografías Hosp.Gineco Obst. # 1, IMSS, México, 1976-1978.
17. PROCEDIMIENTOS EN GINECOLOGIA. Hosp. de Ginecología y - Obst. # 4 "Luis Castelazo Ayala", IMSS, 1986.
18. RODRIGUEZ CUEVAS: Las complicaciones postoperatorias de la histerectomía radical, Ginec. Obst. Mex. 50 (301): - 103-6, 1982.
19. AMIRIKIA: Ten years review of hysterectomies: trends, - indications and risks. Am J. Obstet. Gynecol. 134:431, 1979.

20. SHAPIRO: Risk factors for infection at the operative site after abdominal or vaginal hysterectomy. N.Engl.J.M. 307 (27): 1661-6, 1982.
21. HENNIG: Iatrogenic femoral neuropathy subsequent to abdominal hysterectomy. Incidence and prevention. Obst.Gynec. 60 (4): 516 -520, 1982.
23. GEORGY FM: Femoral neuropathy following abdominal hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 123:819, 1975.
24. BEGER GS: Prevention of femoral neuropathy following abdominal hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 125:571,1976.
25. DICKER: Postoperative complications abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the U.S. The collaborative review of sterilization. Am J. Obstet. Gynecol. 144 (7): 841-8, 1982.
26. GREY: Complication of vaginal surgery. Clin. Obstet. Gynecol. 25 (4): 869-81, 1982.
27. LIVENGOOD: Adnexal abscess as a delayed complication of vaginal hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 143 (5):596 -597, 1982.
28. WOODSIDE JR.: Detrusor hypertonicity as a late complication of a Wertheim hysterectomy. J.Urol.127 (6)1143-5, 1982.
29. SYMONDS: Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. Am J. Obstet. Gynecol. 140 (80):852-9, 1981.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39)

30. MANN W.: Perioperative influences an infections, morbidity in vaginal hysterectomy. Ginecol. Oncol. 11 (2):207-12, 1981.
31. BATTA CHARY M.: Complications of vaginal hysterectomy (analysis of 1105 cases). J. Postgrad. Med. 24 (4):221-5, 1978.