



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

LA HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL:

REVISION DE 5 AÑOS EN EL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

T E S I S

Que para obtener el título de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DRA. CLAUDIA PATRICIA KURE VALDERRAMA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.....	2
CAPITULO I.	
H I S T O R I A	6
CAPITULO II.	
C O N C E P T O S G E N E R A L E S	10
- DEFINICION.....	11
- HISTERECTOMIA TOTAL VERSUS SUB-TOTAL.....	11
- INDICACIONES.....	12
- MANEJO DE LOS OVARIOS.....	17
- TECNICA INTRA O EXTRAFACIAL.....	19
- MUÑON VAGINAL ABIERTO O CERRADO POR SUTURA PRIMARIA.....	20
- TRATAMIENTOS DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS PROFUNDO.....	21
CAPITULO III.	
T E C N I C A Q U I R U R G I C A	22
CAPITULO IV.	
REVISION DE 5 AÑOS DE HISTERECTOMIA TOTAL - ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.....	32
CAPITULO V.	
A N A L I S I S E S T A D I S T I C O	35
CAPITULO VI.	
C O N C L U S I O N E S	44

B I B L I O G R A F I A	50
--------------------------------------	-----------

INTRODUCCION

La histerectomía constituye un tema de gran interés para todos los ginecólogos. Ha sido tratado infnidad de veces en la literatura, pero siempre habrá - - puntos de discusión al respecto.

La histerectomía es una intervención quirúrgica en la que se extirpa un órgano trascendental para la reproducción y de gran importancia desde el punto de vista emocional, conyugal y social.

Actualmente la histerectomía es una interven - ción quirúrgica muy frecuente y en algunos medios como en los Estados Unidos de Norteamérica, es la operación más común, abusándose de ella sin las indicaciones precisas y utilizando como justificación la prevención del cáncer uterino o como método de esterilización y tratamiento de síntomas leves de patología ginecológica. Pero como en toda intervención quirúrgica, los resultados de la histerectomía dependen de su indicación precisa, - de su práctica correcta y del manejo adecuado del postoperatorio.

Con la llegada de métodos diagnósticos más exactos y el descubrimiento de métodos terapéuticos más - - eficaces, cabe anticipar que se practicarán menos histerectomías innecesarias.

La mortalidad quirúrgica de la histerectomía -- es menor del 0.1% en la mayoría de los centros médicos, la morbilidad deriva de los riesgos de infección, pérdida sanguínea y lesiones de órganos vecinos que dependen básicamente de la calidad de la técnica quirúrgica. El cirujano debe evitar tiempos perdidos, hacer una correcta hemostasia, seleccionar cuidadosamente la técnica para cada caso y resolver adecuadamente las complicaciones que se pudieran presentar durante el procedimiento.

Durante mis tres años de residencia en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México, puede observar la realización de una técnica de Histerectomía Total Abdominal que se viene practicando en dicho servicio desde que fué descrita en el año de 1940 por el Maestro Alvarez Bravo. Esta técnica difiere de la descrita por Richardson y es una verdadera técnica intrafacial con las ventajas que ello implica y que discutiré más adelante. Estas observaciones y las notables diferencias con las técnicas que había visto realizar anteriormente, me motivaron a desarrollar esta tesis con el objeto de hacer un estudio retrospectivo de las histerectomías realizadas en este servicio y hacer un análisis de los beneficios obtenidos a corto y largo plazo con esta técnica. Secundariamente anali-

zaré datos referentes a las indicaciones más frecuentes con que se realizó esta cirugía, la edad de las pacientes, la frecuencia de extirpación de los anexos y el -- análisis de las complicaciones presentadas en el período intraoperatorio o postoperatorio inmediato y tardío.

CAPITULO I

H I S T O R I A .

Todas las especialidades de la medicina han tenido una evolución gradual y a medida que surgen más conocimientos van surgiendo nuevas sub-especialidades. Los inicios de la cirugía ginecológica datan del Siglo XIX - ya que en los primeros tiempos la Ginecología y la Obstetricia se encontraban incluidas dentro de la cátedra de anatomía y cirugía; sólo fué reconocida como disciplina médica aparte en 1813.

Las primeras cirugías ginecológicas realizadas - fueron Ooforectomías practicadas sin anestesia ni asepsia pero con buen éxito en el año 1809 en Kentucky por Ephraim Mc Dowell. En 1840 Aussat, de Francia, hizo la primera miomectomía. En Estados Unidos esta operación - fué realizada 4 años más tarde por Washington Atlee.

La primera histerectomía abdominal se realizó -- con buen éxito muchos años después de que se hicieran - las ooforectomías y las miomectomías con resultados favorables. En 1843 Charles Clay de Manchester, Inglaterra, hizo la extirpación abdominal de un útero leiomiomatoso pero la paciente falleció al décimo quinto día. La primera extirpación con éxito de un útero leiomiomatoso tuvo lugar cuando el Dr. Walter Burnham, de Lowell, practicó en 1853 una laparotomía para extirpar lo que consideró un quiste de ovario. Realizó 15 más, pero sólo tres tuvieron éxito.

Sir James Young Simpson, considerado un cirujano audaz a mediados del siglo XIX, dijo que había que rechazar la miomectomía por ser "una operación completamente injustificable"; actualmente sabemos que la miomectomía ha hallado un lugar muy específico dentro de la cirugía ginecológica. Stimson, que publicó sus resultados en 1889, fué el primero que practicó la ligadura sistemática de los vasos ováricos y uterinos antes de emprender la histerectomía. En la primera asamblea anual de la Sociedad Norteamericana de Ginecología, en 1880, Palmer recopiló un total de 119 histerectomías que Pozzi había reunido en la bibliografía en 1875. Palmer reportó una mortalidad quirúrgica del 64%.

La histerectomía vaginal fué realizada en 1813 por Langenbeck, en Alemania, y en 1823 por John Collins, en Boston. Ambas operaciones fracasaron. Fenger describió la moderna operación de la histerectomía vaginal en 1881. Las polémicas sobre las ventajas del abordaje abdominal o vaginal se iniciaron a fines del siglo XIX y esta polémica todavía persiste en cierta medida en la actualidad. Para nosotros la histerectomía vaginal es la operación de elección a practicar por el cirujano ginecólogo. Se recurre sin embargo a la vía abdominal en los casos en que está contraindicada la vía vaginal o se hace necesaria la exploración de la cavidad abdominal.

Muchas técnicas han sido descritas desde los comienzos de la Histerectomía en el siglo XIX. Entre ellas podemos mencionar las de Doyen, Kelly, Freund, Heany, Worrall, Danforth, Richardson, Shaw, etc. Cada cirujano, además tiene sus particularidades de técnica y sin duda para cada quien, la mejor técnica es aquélla que él domina.

Todos estos acontecimientos históricos antes mencionados, están revestidos de gran importancia y su estudio detenido puede aportar una utilidad práctica, puesto que el cirujano que desconoce la historia de su especialidad, puede incurrir en los mismos errores del pasado.

CAPITULO II

CONCEPTOS GENERALES

DEFINICION:

La histerectomía se define como la extirpación del útero; ésta puede estar acompañada o no de la extirpación de los anexos en cuyo caso deberá especificarse como bilateral o unilateral y como salpingectomía, ooforectomía o salpingooforectomía. La palabra histerectomía va modificada por los calificativos de total o subtotal, pero esta última, en la que el cuello es conservado, se reserva solo para algunos casos excepcionales; también la modifican los términos de abdominal o vaginal dependiendo de la vía a través de la cual se extirpa el útero.

En esta tesis me ocuparé de la histerectomía total abdominal que es la extirpación completa del útero a través de una laparotomía, aunque considero conveniente discutir el porqué de la elección de este procedimiento.

HISTERECTOMIA TOTAL VERSUS SUB-TOTAL:

Está bien definido en la actualidad que la histerectomía subtotal está raramente indicada. Sólo se practica en pacientes que tienen una enfermedad pélvica muy grave que haga técnicamente difícil la histerec

tomía total y después de extirpado el cuerpo uterino proceder a la totalización. El riesgo quirúrgico de extirpar el cuello tiene que ser importante para de cir retenerlo, como en casos de estados muy críticos de la paciente o procesos pélvicos en que es imposible definir con claridad la anatomía de la pelvis. Se - - hace énfasis en esto, puesto que la supresión del cuello uterino elimina los procesos patológicos que tienen asiento en él. Es lamentable que hoy en día aún - se presenten muertes por carcinoma del muñón cervical, ya que sabemos que esta patología representa el 3% de los carcinomas cérvico uterinos (1). Además, se sabe que los trastornos vasomotores y nerviosos post histerectomía son más severos cuando se conserva el cuello uterino.

INDICACIONES:

La histerectomía sigue siendo una intervención quirúrgica muy frecuente. En algunos casos el desconocimiento de los factores etiológicos de la patología - del aparato genital ocasiona que se practiquen más histerectomías de las que realmente están indicadas sin - que se tome conciencia de que se extirpa un órgano trascendental para la reproducción y complementario para la integración psicobiológica de la mujer. Para indicar -

la extirpación del útero es obligatorio valorar en cada caso la trascendencia del procedimiento para la mujer a quien se priva de tal órgano contra los beneficios que puede traer para el tratamiento de los procesos patológicos que la aquejan. De esta manera al poner fin a la función reproductora, debe pues ponerse fin a todos los problemas ginecológicos de la enferma.

Las indicaciones de la histerectomía las constituyen las afecciones benignas del útero y su vecindad en un primer grupo y en un segundo grupo el carcinoma de cuerpo uterino, el carcinoma in situ de cuello uterino, así como los tumores malignos operables del ovario y de las trompas. Varias de estas indicaciones de procesos malignos requieren aclaraciones más precisas pero no vienen al caso en este trabajo.

Las indicaciones en procesos benignos podríamos resumirlas en el cuadro 1.

CUADRO I.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA EN PROCESOS BENIGNOS

MIOMATOSIS UTERINA

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

POLIPOSIS ENDOMETRIAL

ADENOMIOSIS

TUBERCULOSIS GENITAL

ENDOMETRIOSIS PELVICA

PATOLOGIA ANEXIAL EN MUJERES DE MAS DE 35 AÑOS.

DISPLASIAS SEVERAS DEL EPITELIO CERVICAL EN MULTIPARAS O EN MUJERES DE MAS DE 35 AÑOS

PROLAPSO UTERINO EN GRANDES MULTIPARAS

PROLAPSO UTERINO EN MUJERES DE MAS DE 35 AÑOS

PELVIPERITONITIS CRONICA

PATOLOGIA RECURRENTE DEL CUERPO UTERINO O DE LOS ANEXOS EN MUJERES DE MAS DE 35 AÑOS.

El criterio de operabilidad en los procesos benignos no debe derivar sólo del diagnóstico; importan también la edad, el estado civil, las posibilidades de iniciar o continuar la procreación, la conveniencia de conservar la menstruación, la asociación de patología diferente en el mismo aparato genital, la recurrencia de patología genital tratada previamente por procedimientos quirúrgicos, las posibilidades de vigilancia post operatoria, sobre todo en mujeres que carecen de adecuada asistencia médica.

En el caso de los miomas, es muy difícil dar reglas generales. Por un lado, no cabe duda de que se extirpan innecesariamente numerosos úteros miomatosos. Por otro, existe un cierto peligro de malignización -- que según los diferentes estudios va desde el 1% hasta el 13% de los casos (Novak y Jones, 1970). De las pacientes que presentan transformaciones malignas de un mioma, únicamente se curan el 15-35%. Esto, conjuntamente con el hecho de que aproximadamente el 3 a 4% de todas las mujeres presentan carcinoma del cuello o cuerpo uterino a lo largo de su vida (Randall, 1970), y que el 1 a 2% de las portadoras de un mioma tienen al mismo tiempo carcinoma del cuerpo, hablan en contra de adoptar una actitud demasiado conservadora.

La forma de proceder en el útero miomatoso depende de la edad de la paciente, del estado general, de los síntomas, tamaño y localización de los tumores. -- Cuando hay fibromas voluminosos del cuerpo uterino, que impiden movilizarlo y reducen considerablemente la luz quirúrgica, puede hacerse la miomectomía previa, con el fin de reducir el volumen del útero y facilitar las maniobras necesarias para la histerectomía.

Los procesos endometriales que dan como sintomatología hemorragias y que no ceden a los tratamientos hormonales convencionales o que demostradamente predisponen a patología maligna justifican una histerectomía.

En los casos de patología ovárica que amerite la extirpación de ambos ovarios, no tiene objeto conservar el útero.

La endometriosis es un proceso que puede llegar a justificar una histerectomía según la localización, edad de la paciente, la extensión y los síntomas.

Cuando hay afecciones ginecológicas dolorosas que no ceden a ningún tratamiento y que son de evolución crónica, la histerectomía puede representar una posibilidad.

MANEJO DE LOS OVARIOS EN LA HISTERECTOMIA:

En el siglo XX al conocerse mejor la fisiología ovárica, se entró en una era de conservación ovárica y hasta la fecha es aún motivo de discusión la conveniencia de conservar los ovarios durante la histerectomía. Por regla general en otros tiempos, se extirpaban los ovarios a todas las pacientes de 45 años con el criterio preventivo de eliminar posibles focos de patología maligna. Sin embargo, hay quienes toman en consideración que incluso en la post menopausia persiste cierta actividad secretora de los ovarios de importancia para la mujer y que si ésta se suprime se favorece el desarrollo de alteraciones vasculares que hacen más frecuente la arteriosclerosis en el infarto del miocardio - - (Schindler y Dollmann, 1981).

Cuando en el momento de la histerectomía abdominal en mujeres premenopáusicas se dejan los ovarios, la función hormonal persiste inalterada en forma cíclica - en casi todas las pacientes hasta la edad natural de la menopausia. Los estudios de Randall y colaboradores, - basándose en la citología vaginal han demostrado que la función ovárica después de la histerectomía puede persistir hasta 15 años; Thompson y colaboradores hallaron niveles estrogénicos y signos de ovulación. Si al - -

hacer la histerectomía se han de conservar los ovarios, es imprescindible preservar su irrigación evitando torcer o estirar los ligamentos que contienen los vasos -- ováricos. La perturbación del flujo sanguíneo ovárico explicaría la ocurrencia del llamado síndrome de ovario residual descrito en 1955 por Grogan y Duncan, en el -- que las pacientes presentan dolor pélvico, dispareunia o presencia de masa anexial por una degeneración quística del ovario. La conservación de la trompa es muy importante puesto que gran parte del aporte circulatorio del ovario proviene del plexo vascular del mesosalpinx.

La degeneración quística del ovario residual es más frecuente del lado derecho, probablemente porque como se sabe, la arteria ovárica derecha tiene mucho menos desarrollo que la izquierda. Por lo tanto, si es indispensable la extirpación del ovario izquierdo, no tendría mucha importancia conservar el ovario derecho - (Alvarez Bravo, 1963).

El riesgo principal de la conservación de los ovarios es la aparición posterior de un cáncer de ovario ya que este continúa siendo uno de los tumores más letales del tracto reproductor femenino. Sin embargo, revisando los estudios realizados por Randall en 1963 y - Rahney y Funt en 1977, observamos que solamente el 0.1%

de las mujeres histerectomizadas a quienes se les conservan los ovarios sufren después una neoplasia maligna; esto no justificaría la extirpación preventiva de los ovarios en forma rutinaria.

En resumen, después de valorar los conceptos antes mencionados según el caso podría emplearse como norma el criterio de que a las mujeres menores de 45 años sin patología ovárica se deben conservar los ovarios; por encima de esta edad se extirpan los ovarios cualquiera que sea su estado. En caso de que sea necesario extirpar el ovario izquierdo no se conservará el ovario derecho; igualmente si no se pueden preservar las trompas, tampoco amerita preservar los ovarios (Alvarez Bravo, 1963).

TECNICA INTRA O EXTRAFACIAL:

La primera gran diferencia que puede establecerse está en si la técnica se realiza intra o extrafacial. Al hablar de este concepto es importante aclarar que se hace referencia a la fascia pericervical y que es una estructura anatómicamente bien demostrada tanto en la cara anterior como en la posterior ya que algunos autores como Kaser mencionan que esta estructura no existe en la cara posterior. Richardson

en su técnica descrita en 1929 sólo disecciona esta en la cara anterior, Alvarez Bravo describió en 1945 la disección anterior y posterior de la fascia con el tratamiento de los ligamentos cervicales y uterosacros por dentro de ella haciendo de esto una verdadera técnica "intrafacial". Las ventajas de esta técnica son ampliamente conocidas ya que existe menos riesgo de lesionar los ureteres y la vejiga, evita la lesión del intestino en casos de procesos adherenciales de la cara posterior y al reconstruir la fascia proporciona un soporte natural adecuado a la vagina. Los que se encuentran a favor de la técnica extrafacial, hallan la anterior, más cruenta y demorada pero es indudable que la seguridad que ofrece supera estos inconvenientes.

La técnica extrafacial está indudablemente indicada en presencia de procesos malignos, previa localización del uretero para evitar lesionarlo.

MUÑÓN VAGINAL ABIERTO O CERRADO POR SUTURA

PRIMARIA:

Las opiniones de si el muñón vaginal debe ser cerrado o dejado abierto para el drenaje son muy diversas. Kaser siempre deja abierta la vagina para un drenaje subperitoneal, para Swartz y Tanares en sus traba-

jos de 1975, esto disminuye notablemente la morbilidad infecciosa. Para otros autores esto no se hace necesario si se ha practicado una cuidadosa hemostasia que asegure la ausencia de colecciones de sangre en el espacio subperitoneal y no tiene aumento de infecciones en sus postoperatorios.

TRATAMIENTOS DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS

PROFUNDO:

Una de las secuelas de la histerectomía es el prolapso del muñón vaginal o la presencia de un ectocele debido a la presión abdominal sobre la pared posterior de la vagina. Estas condiciones se realizan cuando el fondo de saco de Douglas es profundo por lo que se recomienda la obliteración del fondo de saco por medio de suturas transversales, una vez peritonizada la pelvis.

CAPITULO III

TECNICA QUIRURGICA

Una buena técnica de Histerectomía Total Abdominal debe reunir las siguientes condiciones:

- 1.- Ser técnicamente tan simple como sea posible.
- 2.- Proporcionar la máxima protección contra heridas de la vejiga, de los ureteres y del recto.
- 3.- Conservar la irrigación sanguínea de la cúpula vaginal y lesionar al mínimo las estructuras vecinas a ella.
- 4.- Asegurar un buen soporte del muñón vaginal y dejar una vagina de longitud y elasticidad normales.
- 5.- Que sea una técnica fácilmente reproducible, es decir fácil de enseñar y al alcance del cirujano habitual.

El Dr. Alfonso Alvarez Bravo propuso en 1945, una técnica de histerectomía subfacial que hace más de 40 años se viene realizando en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México y cuyos resultados se analizarán en este trabajo al revisar los casos en que se ha practicado esta técnica entre julio de 1983 y junio de 1988.

La técnica difiere francamente de la descrita por Richardson en 1929, en la cual la disección de la fascia sólo se practica en la cara anterior del cérvix. En la técnica del Dr. Alvarez Bravo la fascia se disecciona en la cara anterior y posterior y se tratan los ligamentos cervicales y uterosacros por dentro de dicha fascia pericervical. Independientemente Aldrige y Meredith en 1950, publicaron una técnica muy semejante a la que el maestro Alvarez Bravo venía practicando 5 años antes y que presentó en el Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia en 1949.

La técnica es como sigue:

- 1.- La noche anterior se prepara el abdomen y la vulva como cualquiera otra laparotomía ginecológica. Además después de una ducha vaginal se aplica a la cavidad vaginal un bacteriostático. El recto debe vaciarse.
- 2.- En la sala de operaciones una vez anestesiada la paciente, se hace un nuevo examen pélvico con el fin de confirmar la indicación de la histerectomía.
- 3.- Se lava la vagina generosamente con agua y jabón y se embroca con tintura antiséptica.

- 4.- Se cateteriza la vejiga a fin de vaciarla - y se deja sonda de foley abierta a permanencia durante la operación.
- 5.- Salvo en casos de úteros muy voluminosos, - se prefiere hacer una laparotomía curva, su prapúbica, transversal, alterna, hecha por disociación de planos (incisión de Pfannes-tiel modificada por Rodríguez López). Cuando hay una cicatriz de laparotomía longitudinal previa o cuando el útero es muy voluminoso se hace incisión logitudinal.
- 6.- Abierto el abdomen se introduce en él la mano izquierda y se explora la cavidad abdominal particularmente en relación con el estado del hígado, la vesícula biliar, cápsulas suprarrenales, riñones, ciego y apéndice.
- 7.- Se expone el campo quirúrgico pélvico por medio de un separador de O'Sullivan O'Connor y de compresas húmedas para aislar las asas intestinales.
- 8.- Se exploran cuidadosamente el útero y sus anexos a fin de decidir el tipo de operación a practicar.

- 9.- Se inicia la operación por los pedículos al tos. Si se decide extirpar el anexo, se aplican, empleando la aguja de Deschamps, dos ligaduras al ligamento infundíbulo-pélico y se secciona entre ellas. A continuación se ligan y seccionan los ligamentos redondos. Si va a conservarse el anexo se prefiere ligar y seccionar primero el ligamento redondo, separar las hojas del ligamento ancho y proceder después a la ligadura conjunta del ligamento útero ovárico y la trompa correspondiente.
- 10.- Para manejar el útero durante la operación, se emplea un punto de tracción aplicado al fondo del útero.
- 11.- Una vez seccionados los pedículos de los anexos y ligamentos redondos, se secciona transversalmente el peritoneo del fondo de saco vésico-uterino y se separa moderadamente la vejiga hacia abajo, con la tijera, no por disección roma con torunda, hasta descubrir la fascia útero-vaginal que aparece como una estructura lisa y brillante en la cara anterior del cérvix.

- 12.- Se pinzan, seccionan y ligan los vasos --
uterinos, en cada lado, a nivel del istmo
del útero, como si se tratara de una his-
terectomía sub-total. Al pinzar estos va-
sos se lleva la pinza hasta 1 cm por den-
tro del borde uterino, para que resbale -
de él, con objeto tanto de hacer una bue-
na toma de los vasos, como para abrir un
ojal en la porción de fascia tomada, el -
cual permitirá la realización del tiempo
siguiente.

- 13.- Introduciendo la tijera por uno de los --
ojales laterales de la fascia antes men-
cionada, se disecciona esta del miometrio sub-
yacente y una vez liberada se corta su --
porción media, quedando un amplio espacio
subfacial entre ella y el cuello uterino.
La vejiga lógicamente queda por delante -
de la fascia e independientemente del es-
pacio subfacial creado.

- 14.- La fascia útero-vaginal posterior está in-
timamente adherida al peritoneo anterior
del Douglas y, por lo tanto, conviene di-
secarla junto con el peritoneo, para ello

se hace una incisión transversal a nivel del sitio en que se ligaron los vasos uterinos y se disecciona fascia y peritoneo hacia abajo creando así un espacio subfacial posterior entre ambos ligamentos útero-sacros. Estos últimos no se cortan sino que se desplazan a los lados y atrás. Esta maniobra es de extraordinaria utilidad en los casos de procesos endometriósicos o inflamatorios que adhieren el recto a la cara posterior del cuello uterino, porque, gracias a ello, no hay necesidad de diseccionar el recto adherido, con los riesgos consiguientes, sino que se le desplaza hacia atrás con la fascia posterior.

- 15.- A continuación se pinzan, cortan y ligan conjuntamente en cada lado, el ligamento útero-sacro y el ligamento de Mackenrodt correspondiente. Para ello se introduce una pinza de Heany adyacente al borde cervical, de manera que la rama anterior de la pinza quede en el espacio subfacial anterior y la rama posterior en el espacio subfacial posterior. Esta toma intrafacial evita toda lesión a las estructuras -

adyacentes, y particularmente a la vejiga y los ureteres.

16.- Una vez liberados los ligamentos de sostén inferiores del útero, éste queda libre y haciendo tracción suave de él en dirección cefálica, pueden exponerse en ambos lados los bordes de la vagina, los cuales se refieren con puntos de tracción a nivel del fondo del saco vaginal correspondiente. Entonces se secciona la vagina al ras de su inserción en el cuello uterino y se sutura el muñón vaginal con un surjete cruzado de catgut crómico del 1, teniendo cuidado de anudar los bordes vaginales por fuera de las pinzas que los refieren, a fin de ligar los vasos vaginales de los llamados "ángulos sangrantes" de la vagina.

No obstante la preparación antiséptica, se acostumbra considerar este tiempo como séptico y por lo tanto, se aísla el campo operatorio y una vez realizado el tiempo quirúrgico, se cambian compresas y guantes.

17.- Una de las ventajas de esta técnica es que permite reconstruir la fascia endopélvica y dar por lo tanto soporte natural al muñón

vaginal con las estructuras fasciales y ligamentos de ésta. Para ello, se sutura la fascia útero-vaginal sobre el muñón vaginal, con un surjete continuo de catgut - atraumático, teniendo cuidado de comprender en la sutura, los muñones de los ligamentos de Makenrodt y útero sacros.

18.- Se peritoniza la pelvis suturando el peritoneo pélvico con un surjete continuo de catgut atraumático 00, dejando los pedículos vasculares subperitoneales. No se dejan drenajes.

19.- Se hace la toilette de la cavidad, se retiran las compresas de gasa, se verifica la cuenta de compresas y gasas y se cierra la pared por planos en forma habitual.

Los muñones de los anexos y ligamentos redondos, se dejan en posición natural en las paredes laterales de la pelvis, para evitar tensión sobre estas estructuras y no ocasionar dolor pélvico, dispareunia o alteraciones de la irrigación de los anexos.

Las ventajas de esta técnica son las siguientes:

- 1.- Gracias al tratamiento de los ligamentos útero-sacros y de Mackenrodt por dentro - de la fascia peri-cervical, se evitan las lesiones de vejiga, uréter y recto.
- 2.- Resuelve los problemas técnicos en los casos en que el recto está adherido a la cara posterior del cuello uterino.
- 3.- Reconstruye la fascia endopélvida y proporciona un magnífico soporte natural al muñón vaginal.
- 4.- Se obtiene una correcta cicatrización y buena elasticidad del fondo vaginal.

CAPITULO IV

**REVISION DE 5 AÑOS DE HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL
DE MEXICO.**

Se realizó una revisión de los expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal, en el servicio de Ginecología del Hospital Español de México, entre Enero de 1983 y Diciembre de 1987.

Las pacientes fueron sometidas al procedimiento por diversas causas, pero en todas se empleó la técnica descrita por el Dr. Alfonso Alvarez Bravo, jefe del servicio y es la misma que se viene empleando desde 1945.

Para poder evaluar los resultados se estudió en cada expediente la edad de la paciente, la fecha de la intervención, el diagnóstico que la motivó; se hizo en cada caso un análisis cuidadoso de la descripción quirúrgica con objeto de descartar aquéllas que no se ajustaran a la técnica descrita en el capítulo anterior, descartando por lo tanto aquéllas pacientes cuyos expedientes no contenían dicha descripción. Se buscaron datos referentes a complicaciones surgidas durante la intervención o en el postoperatorio inmediato o tardío. También se revisaron los controles posteriores realizados en el servicio de consulta externa para integrar de esta manera la evolución definitiva de la paciente.

Otros datos tomados en consideración fueron los días de estancia hospitalaria y los diagnósticos histo-

patológicos definitivos.

En resumen, fueron incluidos 379 casos de histerectomía total abdominal, realizados entre Enero de 1983 y Diciembre de 1987, los datos obtenidos se analizarán - en detalle a continuación.

CAPITULO V

ANALISIS ESTADISTICO

En el Servicio de Ginecología del Hospital Español de México, se realizaron durante un período de 5 años 379 histerectomías totales por vía abdominal, con la técnica intrafascial descrita anteriormente.

De las trescientas setenta y nueve, 82 fueron realizadas en el año de 1983, 93 en el año de 1984, 75 en el año de 1985, 53 en 1986 y 76 en 1987; tomando en cuenta desde el mes de Enero hasta el mes de Diciembre de cada año. (Gráfica #1).

La edad promedio de las pacientes sometidas a la intervención fué de 44 años, encontrándose una edad mínima de 22 años en un paciente con diagnóstico de parálisis cerebral infantil, que presentaba sangrados genitales anormales y se encontró una miomatosis uterina de medianos elementos. La edad máxima fué la de una -- paciente de 80 años con un diagnóstico de tumor de ovario, que resultó ser un cistoadenoma papilar de ovario.

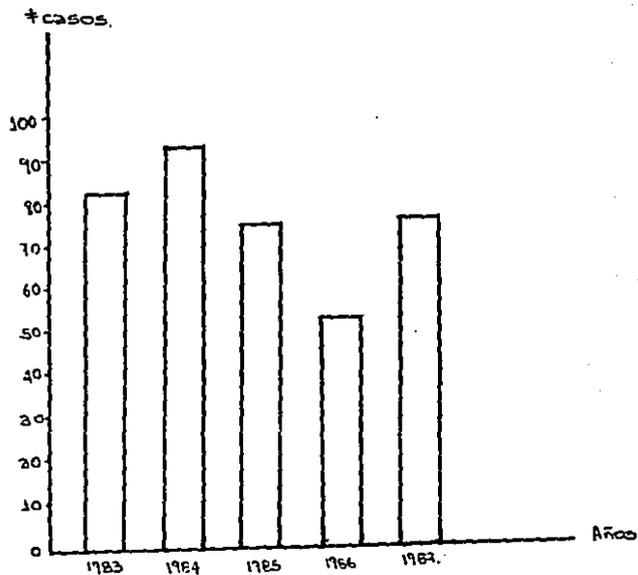
Doscientos diecinueve pacientes se encontraban en la 5a. década de la vida, constituyendo un 57.78% de las pacientes; 83 pacientes se encontraban en la 4a. década, lo que corresponde a un 21.89% del total; el -- 15.84% de las pacientes se encontraban en la 6a. década, es decir 60 casos; en la 7a. década fueron 12 que son --

el 3.17%; el 0.79% está constituido por 3 casos ubicados en la 3a. década y el 0.26% tanto para la 8a., como para la 9a. década de la vida con un caso en cada una. (Gráfica #2).

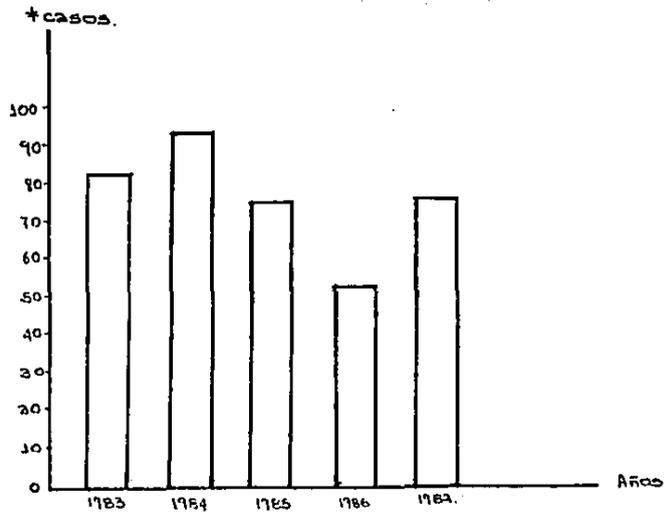
La mayoría de las pacientes tenían un diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, el cual se confirmó histopatológicamente en 216, lo que corresponde al 56.9%. Setenta y tres pacientes presentaron hiperplasias de endometrio y de éstas la más común fue la hiperplasia adenomatosa en 19 casos. Sesenta y dos pacientes tenían un diagnóstico de adenomiosis basal. Veinte pacientes tenían endometriosis. Siguiendo en orden descendente, se reportaron 19 casos de tumores de ovario, todas ellas benignas. El diagnóstico histopatológico más frecuente en ellas fue cistoadenoma seroso. En doce pacientes se presentaron pólipos adenomatosos. Diez pacientes fueron intervenidos por salpingo-ovaritis crónica adhesiva. Dos pacientes tuvieron adenocarcinoma de endometrio. Una paciente presentó lesiones metastásicas de cáncer a útero y ovarios. Por último, una paciente presentó un leiomioma.

Concomitantemente se encontró en un alto número de pacientes, 297, datos de procesos inflamatorios

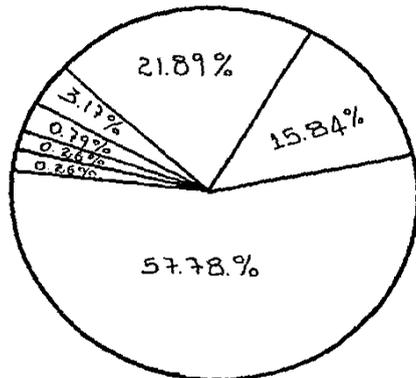
Distribución De número de casos
por Año



Distribución De número de CASOS
por Año



Porcentaje de Pacientes Por Década



3ª Década	0.26 %
4ª Década	21.89 %
5ª Década	57.78 %
6ª Década	15.84 %
7ª Década	3.17 %
8ª Década	0.26 %
9ª Década	0.26 %

ESTA TESIS NO DEBE
SER REPRODUCIDA SIN
EL CONSENTIMIENTO
DE LA COMISIÓN
DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA

Gráfica 4.2.

del cérvix, como ecto-endocervicitis crónica, sin que esta fuera la causa que motivó la intervención. De la patología del cérvix que motivó la cirugía, se encontraron 29 casos de displasia epitelial, entre moderada y severa, y todos fueron confirmados en el estudio histopatológico.

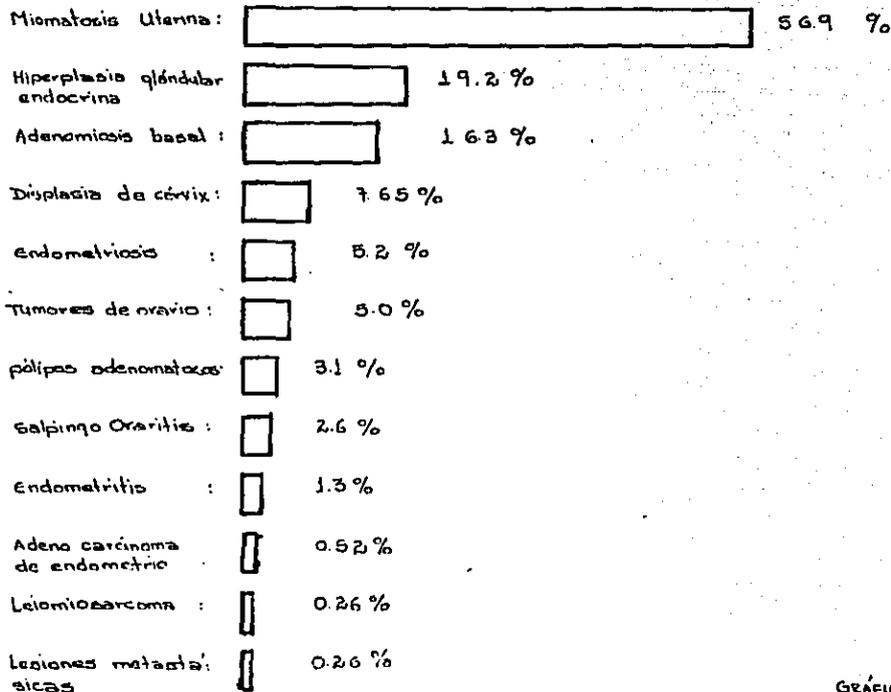
Sólo hubo 3 casos en los que no se encontró patología en la pieza quirúrgica pero, en todos, las pacientes presentaban sintomatología de sangrados anormales y congestión pélvica que no cedían al tratamiento médico. En las evoluciones posteriores en consulta externa se anotó la desaparición de los síntomas en todos los casos. (Gráfica 3).

De las 379 pacientes se presentaron complicaciones intraoperatorias sólo en 3 casos. En el primero se lesionó el intestino delgado practicándose cierre primario del mismo, sin complicaciones posteriores. En el segundo caso se lesionó la vejiga, la cual fué reparada en planos y la evolución fué satisfactoria. El caso más importante desde el punto de vista de complicaciones fué de una paciente con un proceso adherencial muy severo a quien se le lesionó la vejiga y el colon sigmoides. La lesión vesical evolucionó bien, pero a partir de la lesión del intestino se originó --

una fistula estercorácea, que llevó a la paciente a un proceso séptico. La recuperación definitiva tomó 51 días, en los que la paciente requirió de cuidados muy especializados, pero finalmente fué dada de alta en buen estado de salud y sin secuelas importantes.

En cuanto a la evolución postoperatoria inmediata, se presentó ileo postoperatorio en 3 casos. Una paciente presentó un cuadro de oclusión intestinal que requirió reintervención quirúrgica al 6° día de la primera intervención. Esta misma paciente presentó una eventración. La paciente tenía una obesidad muy importante que probablemente condicionó sus complicaciones por las razones de sobra conocidas en estos casos. Dos pacientes presentaron hematomas retroaponeuróticos y otras dos presentaron abscesos de pared, una de ellas era diabética. Una paciente fué reintervenida para el drenaje de un absceso de la pared pélvica; el diagnóstico inicial de esta paciente fué de una salpingovarietis crónica. Una paciente de las que presentó un absceso de pared también presentó un cuadro de tromboflebitis profunda de miembros inferiores y embolia pulmonar, pero su recuperación fué satisfactoria. Otras cuatro pacientes presentaron procesos febriles en el postoperatorio inmediato, tres por infección de las vías urinarias y una por infección faríngea.

CAUSAS y % De Patología en:
la Histerectomía Total Abdominal



GRÁFICA # 3.

Sólo dos pacientes presentaron complicaciones tardías. Una de ellas presentó un cuadro de tromboflebitis de miembros inferiores a los 28 días de la cirugía, por lo que requirió una nueva hospitalización. La otra paciente presentó una hernia incisional y fué intervenida quirúrgicamente para su corrección a los dos meses de la histerectomía.

No hubo ningún fallecimiento en esta serie. En la tabla #2 se presentan los porcentajes para cada una de las complicaciones.

TABLA #2

<u>COMPLICACIONES OBSERVADAS:</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Lesión de vejiga.	1 Caso	0.26%
Lesión de intestino delgado.	1 Caso	0.26%
Lesión de sigmoides y lesión de vejiga.	1 Caso	0.26%
Ileo postoperatorio.	3 Casos	0.79%
Oclusión intestinal.	1 Caso	0.26%
Eventración.	1 Caso	0.26%
Hematoma intrapélvico.	1 Caso	0.26%
Absceso de pared.	2 Casos	0.52%
Hematoma de la pared.	2 Casos	0.52%
Tromboflebitis de miembros inferiores.	2 Casos	0.52%
Embolia pulmonar.	1 Caso	0.26%
Hernia incisional.	1 Caso	0.26%
Infección de las vías urinarias.	3 Casos	0.79%

La intervención realizada fué Histerectomía total abdominal en 190 casos. En 136, la histerectomía se acompañó de salpingooforectomía bilateral y en 63 casos unilateral. A 17 pacientes se les practicó apendicectomía profiláctica. A cinco pacientes se les practicó, además de la histerectomía, cistourethroplastia y a 3 plastias de pared abdominal.

El promedio de estancia hospitalaria fué de 6.2 días por paciente.

La evolución a largo plazo de todas las pacientes fué satisfactoria.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- 1.- Se observa en los últimos años una disminución en la frecuencia de las histerectomías abdominales realizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Español. Probablemente se debe, al igual que en otras instituciones, a que hoy en día hay más recursos diagnósticos y terapéuticos a disposición de las pacientes; además hay tendencia a respetar las indicaciones precisas de esta cirugía y a ser más conscientes de las implicaciones que tiene la misma para la paciente.
- 2.- En esta revisión coincide, como en otras series, que la época de la vida en que más frecuentemente se realiza la histerectomía es en la quinta década.
- 3.- Al analizar las causas que motivan la histerectomía se vió que la mayoría de las pacientes operadas en la tercera y cuarta décadas de la vida presentaban procesos inflamatorios crónicos o infecciosos de su aparato genital y endometriosis severas.
Las pacientes de la quinta década en general, presentaban miomatosis uterinas o hiperplasias glandulares de endometrio. Por último las pa-

cientes intervenidas en las décadas finales de la vida presentaban tumores ováricos de gran tamaño que, en esta serie, en la mayoría de los casos se trataba de cistoadenomas serosos.

- 4.- El 56.6% de las pacientes presentaban algún grado de fibroleiomatosis uterina, sólo una paciente presentó un leiomiomasarcoma. Esto prueba realmente la baja frecuencia de malignización de los fibroleiomiomas en comparación con la gran cantidad de pacientes que los presentan.
- 5.- En este grupo de pacientes fueron conservados uno o los dos ovarios dependiendo de cómo se encontraban a la visualización durante la laparotomía. Sólo fueron conservados los ovarios sanos y si se les podía preservar adecuadamente su circulación. Hasta la fecha ninguna de las pacientes a las que se les conservaron los ovarios ha sido reintervenida por presencia de patología ovárica.
- 6.- La mortalidad en esta serie fué de cero. Esto se debe en su mayor parte a la cuidadosa preparación preoperatoria de la paciente, al mejora

miento del diagnóstico y del manejo de los -- problemas cardiovasculares, pulmonares y metabólicos, a la anestesia excelente, a una correcta indicación de la cirugía y a una técnica quirúrgica adecuada que asegura un cuidado so manejo de los tejidos, evitando la lesión de órganos vecinos, respetando las técnicas de asepsia y antisepsia y haciendo una hemostasia cuidadosa.

- 7.- La vigilancia adecuada de las pacientes en el postoperatorio permitió hacer un diagnóstico temprano de las complicaciones presentadas e instaurar un manejo oportuno en forma precoz.
- 8.- Con el empleo de esta técnica intrafascial de histerectomía se descarta la posibilidad de - una lesión de los uréteres. En este grupo de 379 pacientes no se presentó un sólo caso.
- 9.- En el caso de la histerectomía total abdominal son posibles todas las complicaciones que pueden presentarse en las laparotomías practicadas por otros motivos. Las más frecuentes son evolución febril, infección de las vías urinarias, tromboembolias, afecciones pulmonares, - infecciones o hematomas de la pared y transtoru

nos de la motilidad intestinal. Este tipo de complicaciones que en la mayoría de los casos y con los cuidados adecuados evoluciona satisfactoriamente y sin dejar secuelas a las pacientes, se presenta con diferentes frecuencias según los diversos autores. Para Randall, 1970, este tipo de trastornos se presentan en un tercio de las operadas. En nuestro grupo de pacientes se presentó tan sólo en el 4% de ellas y todas tuvieron una evolución satisfactoria, por lo que, realmente, es un muy bajo porcentaje de complicaciones comparado con la mayoría de las series revisadas.

- 10.- En el 0.79% de las pacientes (3 casos), se produjo lesión del intestino y la vejiga. Las pacientes tenían en todos los casos procesos adherenciales que deformaban considerablemente la anatomía de la pelvis. Sólo una paciente presentó una fístula del sigmoides la cual cerró adecuadamente al cabo de 50 días y no se han reportado complicaciones posteriores para esta paciente, lo que muestra la bajísima presencia de complicaciones severas empleando este tipo de técnica.
- 11.- En resumen la elección de una técnica cuidadosa, la precisa indicación y el estudio de la pacien-

te aseguran el éxito de la intervención y bajan notablemente la morbilidad y mortalidad de un procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALDRIGE, H.H.: Am.J. Obstet Gynec. 59:748, 1950.
- 2.- ALVAREZ BRAVO, A.: Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 1:141, 1963.
- 3.- ALVAREZ BRAVO, A.: Memorias del Curso Teórico Práctico de Actualización en Cirugía Ginecológica. 4:145, 1981.
- 4.- FERNANDEZ DEL CASTILLO, C.: Memorias del Curso Teórico Práctico de Actualización en Cirugía Ginecológica. 4:155, 1981.
- 5.- KASER, O, FA, IKLE, HA, HIRSCH: Atlas de Operaciones Ginecológicas. 7:7.1, 1983.
- 6.- NOVAK, ER, GS, JONES: Texbook of Gynecology. 1970.
- 7.- TE LINDE RW, RF MATTINGLY, JD THOMPSON: Ginecología Operatoria. 3: 191, 1985.