



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

HISTERECTOMIA ABDOMINAL PROGRA- MADA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Dr. Alfonso Luis Salmón Ramos



IMSS

PUEBLA, PUEDEPTO. DE EN



INVEST

**TESIS CON
FALLA DE ORO**

1988



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.

INDICE .

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
JUSTIFICACION	4
MATERIALES Y METODOS	5
RESULTADOS	6
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUCCION .

La extirpación quirúrgica del útero es una de las cirugías más frecuentemente realizadas en nuestros días. Junto con la corrección quirúrgica de los trastornos de la estática pelvi-genital, es la cirugía ginecológica más comúnmente realizada en el Hospital General Regional de Puebla (1).

La medicina ha evolucionado con el desarrollo de la humanidad, pero su avance ha sido vertiginoso y sorprendente en los últimos doscientos años. En el campo de la cirugía, los trabajos de Pasteur sobre la teoría microbiana de la enfermedad en 1851, las observaciones del aseo adecuado de las manos antes de la exploración de los pacientes por Semmelweis en 1851, la introducción de la asepsia y la antisepsia a los quirófanos por Joseph Lister en 1867 y la aplicación de guantes de goma estériles durante los procedimientos quirúrgicos — por Halsted en 1890, disminuyeron en forma importante uno de los mayores problemas y la primera causa de mortalidad en cirugía: la infección.

La mortalidad postoperatoria en las primeras décadas del siglo pasado era muy cercana al 50%, pero gracias a los adelantos en todos los campos de la medicina, ésta se ha abatido a cifras mínimas en nuestros días.

Los adelantos en las técnicas y la disponibilidad de nuevos y mejores medicamentos anestésicos, como el óxido nítrico, el ciclopropano, halotano, etc., — los relajantes musculares, los hipnóticos, barbitúricos, narcóticos, etc., — así como el poder utilizar más adecuados equipos e instrumental como las cánulas endotraqueales, las mascarillas y los aparatos de anestesia, esto aunado a la mejor comprensión de la función cardíaca y circulatoria, la fisiología pulmonar de ventilación-perfusión, así como los avances en bioquímica y farmacología para el mejor entendimiento de fórmulas y de mecanismos de administración, metabolismo y eliminación de drogas, han evolucionado la anestesia a pasos agigantados en los últimos siglos.

Otro de los problemas más graves de la cirugía es la hemorragia. Los primeros intentos de transfusión sanguínea se llevaron a cabo en la segunda mitad del siglo XVII, pero debido a sus desastrosos resultados, fue prohibida por mucho tiempo.

Gracias a las investigaciones de Landsteiner en 1901 describiendo los tipos sanguíneos A, B, AB y O, y de Ottenberg en 1908 realizando por primera vez — pruebas cruzadas previas a cada transfusión, hoy en día, la extracción, alma-

cenamiento y administración de sangre y sus derivados, son procedimientos comunes en clínicas y hospitales.

El descubrimiento de las sulfas por Heidelberger y Jacobs en 1917 y de la penicilina por Westling en 1912, Lieske y Gratia en 1921, corroborados y publicados por Fleming en 1929, fueron las bases para el descubrimiento y desarrollo de antibióticos cada vez más potentes y de mayor espectro tan útiles en la cirugía y medicina actuales.

El desarrollo tan importante que ha tenido la anatomía patológica, con la disponibilidad de nuevas, mejores y más rápidas técnicas de fijación y corte de tejidos, la obtención de muestras en algunas ocasiones de solo unos cuantos milímetros de grosor, para el estudio microscópico de los distintos órganos vivos, ha colocado el diagnóstico anatomopatológico como elemento fundamental, no solo para el diagnóstico y terapéutica, sino también para el pronóstico de las diversas patologías.

La introducción del método de Papanicolacu en 1928, mejoró las posibilidades diagnósticas al idear un método para distinguir entre células cancerosas y normales procedentes de la descamación del epitelio vaginal y cervical, realizando un diagnóstico más temprano de la displasia cervical y en cáncer cérvico-uterino y permitimos ofrecer un tratamiento más oportuno del problema a las pacientes que lo padecen. (2) (3)

A pesar de que hace 130 años la histerectomía era considerada como una cirugía inútil y prohibida para los cirujanos de aquella época, a través del tiempo han ido en aumento sus indicaciones. Así, hoy en día se acepta como el tratamiento definitivo de algunas patologías de los genitales internos femeninos, como la miomatosis uterina, la adenomiosis y endometriosis, carcinoma cérvico-uterino en sus estadios muy tempranos, absceso pélvico, cervicitis crónica rebelde a tratamiento y sangrados genitales anormales que no ceden con tratamiento médico (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18); como un método definido de planificación familiar (19) (20) y como profilaxis de patología intrínseca con tendencia a la evolución maligna como la displasia cervical y la hiperplasia de endometrio (7) (9) (10) (18) (21)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS .

En 1843, Charles Clay, de Manchester, extirpó un útero fibroso. Hasta el duodécimo día de la operación, la recuperación de la paciente parecía ser satisfactoria, pero al día siguiente, mientras la enfermera la hacía darse vuelta para arreglar la cama, la paciente cayó de la cama en forma violenta y falleció en la mañana del decimoquinto día.

En 1848, Charles Meigs, expresó que era en vano cualquier intento de intervenir fibromas desarrollados en el interior del abdomen.

A mediados del siglo XIX, Sir J.Y. Simpson declaró: "La idea de extirpar fibromas uterinos debe ser desechada por tratarse de una operación completamente injustificable en cirugía".

En 1853, Walter Burnham, En Massachussets, mientras operaba, se vió forzado por las circunstancias a extirpar un útero fibroso sin que esa hubiese sido su intención. Con el abdomen abierto para extirpar lo que creyó era un quiste de ovario, la paciente comenzó a vomitar y se provocó el prolapsos del útero a través de la incisión. El cirujano fracasó en su intento de volverlo a su lugar y tuvo que extirparlo. La paciente sobrevivió. Esto alentó a Burnham a intentar otras histerectomías, pero de los quince casos siguientes solo sobrevivieron tres pacientes.

En vista de los resultados tan negativos del Dr. Burnham, la opinión médica de aquél entonces, expresada por el director del London Medico-Chirurgical Review fue la siguiente: "Consideramos la extirpación del útero, sin inversión o protrusión previas, como una de las operaciones más crueles e impracticables jamás proyectadas por la inteligencia o ejecutada por la mano del hombre".

En 1878, W.A. Freund desarrolla la técnica quirúrgica del útero.

El 1929, Richardson describe la técnica actualmente utilizada para realizar una histerectomía.

Las indicaciones de la histerectomía han variado con el tiempo. En su inicio la única indicación era la extirpación quirúrgica de un útero fibroso, hoy en día, hay múltiples indicaciones para realizar el procedimiento y diferentes técnicas para elaborarlo.

JUSTIFICACION .

El Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, fue inaugurado hace diez años como un hospital de Gineco Obstetricia. -- Actualmente funciona como un hospital general con las cuatro especialidades-- básicas, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y ortopedia, cirugía pediátrica, endocrinología, cardiología y dermatología.

Consideramos que en todo hospital sobre todo siendo hospital escuela, con residentes y médicos preinternos, las estadísticas sobre el trabajo que en él - se efectúa indica el nivel de atención médica que reciben sus derechohabientes.

Ya que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico bastante común en nuestro hospital, se analizarán los detalles de este tipo de cirugía.

MATERIALES Y METODOS .

Se analizaron retrospectivamente 139 expedientes de pacientes sometidas a histerectomía abdominal por indicación ginecológica, en el Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Puebla, en el período comprendido del 1° de julio al 31 de diciembre de 1986.

De cada expediente se obtuvieron los siguientes datos: Nombre de la paciente, número de filiación, edad, paridad, resultado de logrado uterino o biopsia de endometrio preoperatorios, Papanicolaou preoperatorio, patología agregada de la paciente, indicación de la cirugía, tipo de cirugía realizada, anestesia administrada, tiempo quirúrgico, cantidad de sangrado transoperatorio, cantidad de sangre transfundida durante el trans y postoperatorio, complicaciones trans y postoperatorias inmediatas, estancia hospitalaria, resultado del estudio histopatológico de la pieza extirpada, correlación de éste con el diagnóstico clínico y mortalidad.

RESULTADOS :

Con respecto a la edad, la gran mayoría de las pacientes se intervino en la cuarta y quinta décadas de la vida, sobre todo en los últimos años de la vida reproductiva y los primeros de la menopausia, donde, se sabe, ocurre la mayor frecuencia de patología indicativa de histerectomía abdominal (4) (5) (6) (7) (11) (17) (22).

La distribución por edades se muestra en el Cuadro I.

CUADRO I

MENOS DE 20 AÑOS	0	0 %
DE 21 A 25 AÑOS	3	2.15 %
DE 26 A 30 AÑOS	10	7.19 %
DE 31 A 35 AÑOS	18	12.95 %
DE 36 A 40 AÑOS	27	19.42 %
DE 41 A 45 AÑOS	39	28.06 %
DE 46 A 50 AÑOS	31	22.03 %
DE 51 A 55 AÑOS	8	5.76 %
DE 56 A 60 AÑOS	2	1.44 %
DE 61 A 66 AÑOS	0	0.00 %
DE 66 A 70 AÑOS	1	0.71 %
T O T A L	139	99.98 %

Tomando en cuenta la paridad, el mayor grupo lo ocuparon las pacientes grandes multíparas y el menor grupo de nulíparas y uníparas como se indica en el Cuadro II.

CUADRO II.

GESTAS 0	5	3.60 %
GESTAS 1	3	2.15 %
GESTAS II-IV	60	43.17 %
GESTAS V O MAS	66	47.48 %
NO ESPECIFICADO	5	3.60 %
T O T A L	139	100.00 %

En nuestro hospital, se efectúa legrado uterino o biopsia de endometrio con cámbula de Novak, como rutina para complementar el estudio preoperatorio de las pacientes con patología ginecológica mayores de 35 años, o de menor edad si presentan sangrados genitales anormales de causa no definida. A pesar de que algunos autores reportan que es inútil el procedimiento (24). es de mucha utilidad el hecho de descartar sangrados genitales por patología endometrial que tiene tendencia a la malignización como las hiperplasias. Además, se sabe que los sangrados anormales aumentan con la edad, al igual que los problemas premalignos (21) (23). Los resultados obtenidos en las biopsias de endometrio se reportan en el cuadro III.

CUADRO III.

NORMAL (endometrio proliferativo o secretor)	35	25.18 %
HIPERPLASIA SIMPLE	9	6.47 %
HIPERPLASIA QUISTICA	9	6.47 %
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	14	10.07 %
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA	2	1.44 %
NDOMETRIO DISRITMICO	8	5.76 %
INFLAMACION CRONICA	5	3.60 %
NO SE REALIZO	57	41.01 %
T O T A L	139	100.00 %

Otro de los estudios de rutina efectuados en nuestras pacientes es el Papanicolaou. En algunas ocasiones, es el único parámetro anormal de una paciente, que al continuar su estudio se demuestra patología que requiere tratamiento quirúrgico. El Papanicolaou es un examen necesario en toda paciente mayor de 20 años o menor si ya inició vida sexual activa (25); al respecto se han escrito innumerables artículos de la utilidad del mismo y de su manejo posterior en caso de resultar anormal (18) (26) (27) (28) (29) (30) (31). A pesar de ser rutina, 32 pacientes ingresaron a quirófano sin haberse realizado el estudio. Además, se realizaron 18 conos por indicaciones diversas, llama la atención que un cono reportado como Carcinoma in situ, fue reportado previamente como citología clase I. El resultado de las citologías se describe en el Cuadro IV y el de los conos en el Cuadro V.

CUADRO IV.

CITOLOGIA CLASE I	13	9.35 %
CLASE II	84	60.43 %
CLASE III	6	4.31 %
CLASE IV	3	2.15 %
CLASE V	1	0.71 %
NO REALIZADA	32	23.02 %
T O T A L	139	99.97 %

CUADRO V.

DISPLASIA LEVE	0	0.00 %
DISPLASIA MODERADA	3	2.15 %
DISPLASIA SEVERA	14	10.07 %
	17	12.22 %

La patología agregada al padecimiento ginecológico también se relaciona con la edad y paridad de las pacientes en el momento de la cirugía. Según nuevas estadísticas, la hipertensión arterial sistémica y la obesidad son los padecimientos más frecuentes. Así mismo, existen patologías que de una u otra forma pueden afectar la evolución del padecimiento antes y después de la cirugía, como la diabetes mellitus y las enfermedades tiroideas. La anemia se asoció en forma importante a problemas de sangrado genital anormal. Existe además patología que clásicamente se asocia a trastornos ginecológicos, como es el caso de la hiperplasia endometrial que se asocia frecuentemente a hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus. Algunas pacientes presentaron dos o más patologías agregadas.

El Cuadro VI muestra la relación de la patología agregada:

CUADRO VI.

OBESIDAD	27	19.42 %
HIPERTENSION ARTERIAL	18	12.95 %
ANEMIA	17	12.23 %
DIABETES MELLITUS	8	5.76 %
CARDIOPATIA ISQUEMICA	4	2.88 %
CARDIOPATIA ANGIOESCLEROTICA	3	2.16 %
HIPERTIROIDISMO	1	0.72 %
ASMA BRONQUIAL	1	0.72 %
INSUFICIENCIA VENOSA	1	0.72 %
LITIASIS VESICULAR	1	0.72 %
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS	1	0.72 %
LITIASIS RENAL	1	0.72 %
T O T A L	83	59.72 %

La indicación más importante de histerectomía en nuestro hospital fue la miomatosis uterina. Ya que los problemas por patología maligna avanzados son trasladados al servicio de Oncología, las indicaciones principales son por patología benigna o carcinoma en estadios muy tempranos. El cuadro VII nos muestra las indicaciones de la histerectomía, en 21 casos, la indicación fue mixta ya que coexistían dos o más patologías en una misma paciente.

CUADRO VII.

MICOMATOSIS UTERINA	94	67.63 %
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	34	24.46 %
CA.CU. IN SITU	16	11.51 %
QUISTE DE OVARIO	8	5.76 %
CERVICITIS EROSIVA REBELDE A TRATAMIENTO	4	2.88 %
CONGESTION PELVICA	3	2.16 %
SANGRADO GENITAL REBELDE A TRATAMIENTO	1	0.72 %
T O T A L	160	115.12 %

De acuerdo al tipo de cirugía realizada, la decisión de conservar o extirpar los anexos, depende de la edad de la paciente y de la patología asociada de éstos descubierta en el transoperatorio. Así mismo depende del criterio del cirujano, ya que para algunos, los 40 años son indicación para realizar salpingooforectomía bilateral, mientras que para otros, la función ovárica debe cesar en forma fisiológica y deciden respetar los anexos si no representan patología agregada. Por último, ésta decisión también depende de la dificultad técnica para su extirpación, como sucede cuando existen múltiples adherencias y existe el riesgo de lesionar algún órgano vecino. Se realizaron además tres apendicectomías, dos por encontrarse apendicitis en el transoperatorio y otra por encontrarse patología maligna de ovario.

El Cuadro VIII nos reporta la cirugía realizada:

CUADRO VIII.

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL (HTA)	44	31.65 %
HTA CON SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL (SOB)	56	40.29 %
HTA CON SALPINGOOFORECTOMIA IZQUIERDA (SOI)	18	12.95 %
HTA CON SALPINGOOFORECTOMIA DERECHA (SOD)	10	7.19 %
HTA CON SOB CON TERCIO SUPERIOR DE VAGINA	5	3.60 %
HTA CON TERCIO SUPERIOR DE VAGINA	2	1.44 %
HTA CON SOI CON TERCIO SUPERIOR DE VAGINA	1	0.72 %
HTA CON SOD CON TERCIO SUPERIOR DE VAGINA	1	0.72 %
HISTERECTOMIA SUBTOTAL CON SOB	1	0.72 %
HTA CON SOB CON OMENTECTOMIA Y CON APENDICECTOMIA	1	0.72 %
T O T A L	139	100.00 %

El único caso de histerectomía subtotal se realizó en una paciente de 38 años con endometriosis pélvica y múltiples adherencias que impidieron la adecuada separación de la vejiga.

Si analizamos el tipo de anestesia administrada, vemos que casi la mitad de las pacientes se operó con anestesia por bloqueo de conducción y el resto con anestesia general, siendo más frecuentemente utilizada la inhalatoria. Además, a cinco pacientes con bloqueo peridural se les administró sedación (3.60%) y a una se le administró anestesia general inhalatoria por falta de respuesta -

al bloqueo.

El Cuadro IX muestra la relación de la anestesia administrada.

CUADRO IX.

BLOQUEO PERIDURAL	65	46.76 %
ANESTESIA GENERAL INHALATORIA	42	30.22 %
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA	31	22.30 %
ANESTESIA GENERAL DISOCIATIVA	1	0.72 %
T O T A L	139	100.00 %

El tiempo quirúrgico empleado en una cirugía, depende de la habilidad del cirujano y sus ayudantes, de la dificultad técnica para realizar la cirugía y de la disponibilidad de instrumental y material adecuado; por los factores antes mencionados, no puede referirse un tiempo determinado para realizar tal o cual cirugía. Los reportes quirúrgicos de las histerectomías realizadas en nuestro hospital, nos demuestran que la mayoría se realiza entre 95 y 120 minutos, siendo el rango desde 60 hasta 220 minutos.

El Cuadro X muestra la relación de tiempo invertida en la cirugía.

CUADRO X.

MENOS DE 90 MINUTOS	12	8.63 %
DE 95 A 120 MINUTOS	75	53.96 %
DE 125 A 150 MINUTOS	31	22.30 %
DE 155 A 180 MINUTOS	15	10.79 %
DE 185 A 210 MINUTOS	5	3.60 %
MAS DE 215 MINUTOS	1	0.72 %
T O T A L	139	100.00 %

El sangrado transoperatorio es un parámetro importante en toda cirugía, ya que la evolución trans y postoperatoria puede deteriorarse por éste parámetro. Se sabe que algunas medidas para prevenir complicaciones pueden aumentar la cantidad de sangrado (32) (33). Además se ha reportado que la anemia postoperatoria aumenta el riesgo de infección en el sitio de la cirugía y prolonga la convalecencia. Finalmente debemos recalcar que la cantidad de sangrado de

pende de la habilidad del cirujano, material adecuado y dificultad técnica — operatoria. El promedio de pérdida sanguínea durante una histerectomía en — nuestro hospital es de 604 ml, con variantes que van desde 170 hasta 3,000 ml.

La relación de sangrado transoperatorio se reporta en el Cuadro XI.

CUADRO XI.

DE 0 A 300 ML.	25	17.99 %
DE 301 A 600 ML.	38	27.34 %
DE 601 A 900 ML.	10	7.19 %
DE 901 A 1,200 ML.	11	7.91 %
DE 1,201 A 1,500 ML.	4	2.88 %
MAS DE 1,501 ML.	3	2.16 %
NO REPORTADOS	48	34.53 %
T O T A L	139	100.00 %

La transfusión sanguínea siempre ha sido motivo de controversia. En el manejo de elección en casos de pérdida sanguínea abundante, pero también conlleva — riesgos como la incompatibilidad de grupos sanguíneos, la inoculación de en—fermedades parasitarias y virales y la infusión de sustancias tóxicas cuando—se usa en grandes cantidades o sangre almacenada por mucho tiempo. Se han in—vestigado alternativas para obtener sangre del propio paciente por hemodilu—ción (34) (35) (36) (37), eliminando la posibilidad de reacción a grupos san—guíneos incompatibles de donadores extraños, Además, se ha tratado de simpli—ficar el manejo de la sangre por el banco, con el uso únicamente de grupo y — Rh, con el objeto de disminuir al mínimo las pruebas cruzadas que sobrecargan de trabajo al banco de sangre y muchas veces son innecesarias porque la trans—fusión no se lleva a cabo (38) (39).

En nuestro hospital, se sigue la norma de solicitar dos donadores a las pa—cientes programadas para histerectomía, el día previo a la cirugía se reali—zan pruebas cruzadas con el objeto de tener disponible sangre compatible en — el transoperatorio.

Si analizamos la transfusión trans o postoperatoria en nuestro hospital, verra—mos que únicamente 48 pacientes (1 de cada 3), recibieron transfusión, sien—do esta desde 300 hasta 2,000 ml. con promedio de 658 ml. por paciente trans—

fundida, se reporta en el Cuadro XII.

CUADRO XII.

TRANSFUSION DE	300 ML.	2	1.44 %
	400 ML.	3	2.16 %
	500 ML.	30	21.58 %
	800 ML.	2	1.44 %
	900 ML.	1	0.72 %
	1,000 ML.	3	2.16 %
	1,200 ML.	2	1.44 %
	1,300 ML.	1	0.72 %
	1,500 ML.	2	1.44 %
	1,800 ML.	1	0.72 %
	2,000 ML.	1	0.72 %
T O T A L		48	34.54 %

Si hablamos de complicaciones transoperatorias, éstas pueden deberse a un incidente o accidente durante el acto quirúrgico. Desde luego los riesgos se minimizan si se lleva a cabo una técnica quirúrgica cuidadosa. Aunque las complicaciones que se pueden presentar en el transoperatorio no son frecuentes, éstas habitualmente se descubren y corrigen durante la cirugía, de no ser así, pueden complicar el postoperatorio agravando el pronóstico del paciente.

El Cuadro XIII nos indica las complicaciones transoperatorias.

CUADRO XIII.

HEMATURA	4	2.88 %
SANGRADO DE UN PEDICULO	2	1.44 %
HEMATOMA DEL LIGAMENTO ANCHO	1	0.72 %
LESION VESICAL	1	0.72 %
LACERACION DE ILEON	1	0.72 %
PERFORACION DE ILEON	1	0.72 %
T O T A L	10	7.20 %

Las complicaciones postoperatorias más comunes de la histerectomía son la hemorragia y la infección. La frecuencia de hemorragia se estima el 0.28% y el 2% de todas las histerectomías. La morbilidad febril postoperatoria varía del 18% al 40% y puede originarse en diversas partes como las vías urinarias, las vías respiratorias altas, la herida quirúrgica, la cúpula vaginal y otros sitios menos comunes. Además existen ciertas condiciones en una paciente que la colocan con un riesgo elevado para complicarse, como la obesidad, la diabetes mellitus y el estado nutricional. Aunado a lo anterior, pueden ocurrir lesiones de órganos adyacentes ya sea por una técnica quirúrgica deficiente o por dificultad técnica, que nos darán por resultado daño en el sistema urinario - o en el aparato digestivo con la consecuencia morbilidad postoperatoria a corto y largo plazo. Se sabe que el colon, los ureteres y la vejiga, debido a su estrecha relación anatómica con el útero son los órganos más frecuentemente afectados. A este respecto se han publicado numerosos artículos que proponen algunas alternativas para tratar de disminuir la morbilidad postoperatoria (33) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48), así como para el manejo oportuno de las lesiones a órganos vecinos (49) (50) (51) (52).

Nuestra incidencia de complicaciones postoperatorias es semejante a los reportes publicados por otros autores nacionales como Ramírez Soto (12) y Delgado (13).

El Cuadro XIV nos muestra la incidencia de complicaciones postoperatorias encontradas en el grupo de pacientes estudiadas.

CUADRO XIV.

ANEMIA	5	3.60 %
INFECCION DE VIAS URINARIAS	4	2.88 %
GRANULOMA DE CUPULA	4	2.88 %
HEMATURIA	3	2.16 %
SINDROME MENOPAUSICO	3	2.16 %
ABSCESO DE CUPULA	2	1.44 %
ABSCESO DE PARED	2	1.44 %
CHOQUE SEPTICO	1	0.72 %
FISTULA VESICOVAGINAL	1	0.72 %
SANGRADO DE CUPULA VAGINAL	1	0.72 %
PROLAPSO DE CUPULA	1	0.72 %
FARINGITIS	1	0.72 %
GASTRITIS	1	0.72 %
T O T A L	29	20.88 %

La estancia hospitalaria es un parámetro importante en toda cirugía, ya que - al prolongarse la permanencia de la paciente en el hospital, el costo del procedimiento quirúrgico aumenta. Muestras estadísticas al respecto, reportan un promedio de estancia de 4.73 días/paciente para la histerectomía, siendo el - más corto de 2 días y el más prolongado de 16, en una paciente complicada con absceso y deshiscencia de herida quirúrgica. El cuadro XV nos muestra la relación de días/paciente en este grupo:

CUADRO XV.

2 DIAS	1	0.72 %
3 DIAS	21	15.11 %
4 DIAS	93	66.91 %
5 DIAS	16	11.51 %
7 DIAS	2	1.44 %
8 DIAS	1	0.72 %
9 DIAS	2	1.44 %
10 DIAS	2	1.44 %
16 DIAS	1	0.72 %
T O T A L	139	100.00 %

Como rutina también, se envían las piezas quirúrgicas extirpadas al Servicio de Patología. El resultado del estudio histopatológico practicado a las piezas quirúrgicas se detalla en el Cuadro XVI.

CUADRO XVI.

CERVICITIS CRONICA	65	46.76	%
MIOMATOSIS UTERINA	48	34.53	%
METAPLASIA ESCAMOSA ENDOCERVICAL	40	28.78	%
ENDOCERVICITIS CRONICA	33	23.74	%
ADENOMIOSIS	20	14.39	%
CERVICITIS AGUDA	12	8.63	%
ENDOCERVICITIS AGUDA	12	8.63	%
HIPERPLASIA SIMPLE	7	5.04	%
HIPERPLASIA QUISTICA	7	5.04	%
DISPLASIA MODERADA	6	4.32	%
HIPERPLASIA DENOMATOSA	5	3.60	%
ENDOMETRITIS AGUDA	5	3.60	%
POLIPO ENDOMETRIAL	4	2.88	%
DISPLASIA LEVE	4	2.88	%
CA. CU. IN SITU	4	2.88	%
HIDROSALPIX	2	1.44	%
POLIPO ENDOCERVICAL	2	1.44	%
QUISTE SEROSO DE OVARIO	2	1.44	%
QUISTE PARAMETARIO	1	0.72	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE MICROINVASOR	1	0.72	%
CA. CU. INVASOR CON INVASION A PARAMETRIOS	1	0.72	%
SALPINGITIS MODERADA	1	0.72	%
ENDOMETRIOSIS OVARICA	1	0.72	%
LIPOMA PERIOVARICO	1	0.72	%
TERATOMA OVARICO	1	0.72	%
HIPERTROFIA DE MIOMETRIO	1	0.72	%
MIOMA CERVICAL	1	0.72	%
HEMATOSALPIX	1	0.72	%
SALPINGITIS AGUDA	1	0.72	%
CISTODERMOIDOMA DE OVARIO	1	0.72	%

El reporte histopatológico de las piezas quirúrgicas es un excelente indicador de lo acertado de los diagnósticos clínicos y de gabinete realizados en nuestro hospital. El diagnóstico histopatológico correspondió con el diagnóstico clínico preoperatorio únicamente en 54 casos (38.85%). Además, 51 casos fueron reportados sin patología evidente que requiriera la cirugía, esto puede deberse a un tratamiento adecuado preoperatorio de la patología como es el caso de los conos para el Carcinoma intraepitelial del Cervix o de los logrados uterinos para las hiperplasias de endometrio, pero también pueden deberse a diagnósticos mal elaborados. Estos errores nos obligan a ser más acuciosos en el estudio y más reticulosos en la exploración de nuestras pacientes.

El Cuadro XVII nos muestra la correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico.

CUADRO XVII.

DX. CLINICO	DX. HISTOPATOLOGICO	CASOS
MICOMATOSIS UTERINA	MICOMATOSIS UTERINA	42
MICOMATOSIS UTERINA	SIN PATOLOGIA	34
MICOMATOSIS UTERINA	ADENOMIOSIS	9
HIPERPLASIA QUISTICA	SIN PATOLOGIA	4
MICOMATOSIS UTERINA	HIPERPLASIA QUISTICA	4
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	SIN PATOLOGIA	4
HIPERPLASIA SIMPLE	SIN PATOLOGIA	4
HIPERPLASIA QUISTICA	HIPERPLASIA QUISTICA	3
CA CU IN SITU	CERVICITIS CRONICA	3
CA CU IN SITU	CA CU IN SITU	3
CERVICITIS EROSIVA	SIN PATOLOGIA	2
CA CU IN SITU	SIN PATOLOGIA	2
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	HIPERPLASIA ADENOMATOSA	2
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	MICOMATOSIS UTERINA	2
MICOMATOSIS UTERINA	HIPERPLASIA SIMPLE	2
MICOMATOSIS UTERINA	DISPLASIA MODERADA	1
CERVICITIS CRONICA	DISPLASIA MODERADA	1
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	MICOMATOSIS UTERINA + ENDOMETRIOSIS	1
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA	SIN PATOLOGIA	1

HIPERPLASIA ADENOMATOSA	HIPERPLASIA SIMPLE	1
CA CU IN SITU	MIOMATOSIS UTERINA	1
HIPERPLASIA QUISTICA	MIOMATOSIS UTERINA	1
TERATOMA OVARICO + MIOMATOSIS UTERINA	TERATOMA OVARICO	1
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	ADENOMIOSIS	1
CA CU IN SITU	DISPLASIA MODERADA	1
CA CU IN SITU	HIPERPLASIA ADENOMATOSA	1
CERVICITIS EROSIVA	ADENOMIOSIS	1
CERVICITIS CRONICA	CERVICITIS CRONICA	1
HIPERPOLIMENORREA	HIDROSALPIX	1
DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA MODERADA	1
CA CU IN SITU	CARCINOMA MICROINVASOR	1
MIOMATOSIS UTERINA CA CU	CARCINOMA CERVICAL INVASOR CON INVASION A PARAMETRIOS	1

Del reporte anterior, debemos aclarar que la paciente con carcinoma microinvasor presentaba citología cervical clase II y en la biopsia cervical se reportó displasia severa únicamente.

La paciente con carcinoma epitelioide invasor con invasión a parametrios, tenía una citología previa clase II pero la biopsia cervical realizada dos meses antes de la histerectomía reportaba carcinoma invasor. Esta paciente por norma del servicio debió haber sido enviada a Oncología.

Finalmente, al analizar la mortalidad, encontramos que en el grupo de pacientes estudiadas, una falleció. Esto nos da una mortalidad del 0.72%. Se trató de una paciente de 37 años, operada de histerectomía total sin salpingooforo-rectomía por miomatosis uterina. Durante el transoperatorio ocurrió perforación accidental de intestino delgado que pasó desapercibida. Se intervino al tercer día de postoperatorio por pelviperitonitis y recibió manejo posterior a cargo del Servicio de Terapia Intensiva, a pesar de lo cual falleció al décimo día de postoperatorio por choque séptico e insuficiencia renal aguda.

CONCLUSIONES:

La histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico muy común en nuestros días.

Si tomamos en cuenta la edad, el mayor número de pacientes se encontraba dentro de los últimos años de su vida reproductiva o del inicio de la menopausia, ya que la patología más frecuente es más común en esta etapa de la vida y por la población que manejamos, la mayoría de las pacientes eran multíparas.

A pesar de que el Papanicolaou es un estudio de rutina en toda paciente ginecológica, éste no se realizó en todas las pacientes estudiadas. Por otro lado, la biopsia de endometrio en algunas ocasiones fue el único parámetro anormal en una paciente que de no habersele practicado, se catalogaría como paciente sana. Aunque algunos autores la catalogan como un estudio inútil, consideramos que debe realizarse como complemento del estudio preoperatorio de toda paciente mayor de 35 años, o menor si ha presentado sangrados genitales anormales. Los dos parámetros anteriores nos obligan a ser más minuciosos al concluir un diagnóstico y analizar los estudios postoperatorios.

La patología agregada es la habitual de acuerdo a la edad de las pacientes estudiadas.

El tipo de cirugía, tiempo quirúrgico y cantidad de sangrado dependen de la habilidad del cirujano y de la dificultad técnica de la cirugía, desde luego, lo ideal es realizar un técnica minuciosa en el mínimo de tiempo posible y con una hemostasia cuidadosa, para disminuir al mínimo de complicaciones trans y postoperatorias.

La anestesia administrada depende del anestesiólogo en turno. Desde luego que la anestesia general nos da la ventaja de la adecuada relajación muscular y la inmovilización del paciente, aunque nuestras estadísticas demuestran que casi la mitad de las pacientes se operaron con anestesia por bloqueo de conducción sin complicaciones.

Aunque algunos autores sugieren el manejo de sangre únicamente con el uso de grupo y Rh, consideramos que la rutina del hospital de cruzar sangre previa a la cirugía, evita apresuramientos de última hora, al tener sangre disponible en el momento que se requiera; a pesar que en el grupo estudiado las dos ter-

ceras partes de los cruces fueron innecesarios. Otra opción de la que disponemos para obtener sangre es la hemodilución preoperatoria, aunque nuestra experiencia en este procedimiento es nula ya que nunca se ha llevado a cabo en nuestro hospital.

Las complicaciones trans y postoperatorias, aunque dentro del standard de otras instituciones, nos obliga a repasar cada día las técnicas quirúrgicas y ser más cuidadosos al llevarlas a cabo, así como usar el instrumental y material más adecuado para ello,

La estancia hospitalaria de nuestras pacientes es corta.

La correlación del diagnóstico es patología con el diagnóstico clínico no llega al 50%. Esto nos obliga a ser más precisos en nuestros diagnósticos y tratar de agostar nuestros conocimientos y experiencia, así como los recursos — paraclínicos para llegar al diagnóstico certero. En nuestro grupo, el diagnóstico que más problemas causó fue la micomatosis uterina; al realizar mejores — diagnósticos, realizaremos mejores cirugías.

Por último, la mortalidad, que a pesar de encontrarse a la par de reportes nacionales y extranjeros, debemos tratar de llevarla a cero.

La única defunción encontrada en el grupo estudiado, tal vez se pudiera haber evitado de realizarse una exploración minuciosa trans y postoperatoria de la paciente, y de haberse realizado un diagnóstico y administrado un tratamiento más precoces de la complicación existente.

En conclusión, la histarectomía abdominal en nuestro hospital se encuentra al mismo nivel que en otras instituciones de nuestro país y del extranjero. Lo anterior nos llena de satisfacción, pero nos crea el compromiso de prepararnos mejor en beneficio de nuestras pacientes, de nuestro hospital y de nosotros mismos.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Archivo clínico. Hospital General Regional. I.M.S.S. Puebla. 1986.
- 2.- Lyons Albert, Petrucci J. Historia de la Medicina. Ediciones Doyma. -- 1980.517-562.
- 3.- Barquin M. Historia de la Medicina. Su problemática actual. Editorial -- Méndez Oteo. 1979. pags. 277-330.
- 4.- Alvarez B.A. Histerectomía conceptos generales. Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obstet. 1971.
- 5.- Fernández C.C. Histerectomía en procesos ginecológicos benignos. Trabajo de Ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía. Rev. Med. Clin. Exp. 4:10, 1974.
- 6.- López L.E., Domínguez G.R., Mayobre D. La histerectomía abdominal en los procesos benignos, Rev. Colombiana Obstet. Ginec. 23:31, 1974.
- 7.- Mattingli R.F. Ginecología Operatoria de Richard W. Te Linde. Ed. El Ateneo. 1983. Pags.: 171-89, 197,295,6,229,31,603-4,683.
- 8.- Schwartz S.I. Patología Quirúrgica. Ed. La prensa médica Mexicana. 1976. Pags.: 1483-6,1489-93.
- 9.- Jones H.W., Jones G.S. Tratado de Ginecología de Novak. Ed. Interamericana. 1984. Pags.: 160-3, 342,389,443,340,482.
- 10.- Krupp M.A., Chatton M.J. Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed. El Manual Moderno. 1984. Pags.: 447,449,450,456.
- 11.- Botella Ll.J., Clavero N.J. Tratado de Ginecología. Ed. Edición Revolucionaria. Tomo III. 1977. Pags.: 700-18.
- 12.- Ramírez S.E. Histerectomía. Ginec. Obst. Mex. 21:573-81. 1966.
- 13.- Delgado E. Morbimortalidad de la histerectomía. Ginec. Obst. Mex. 26:183-9 1969.
- 14.- Templeton A.A. Hysterectomy following Sterilization. Br. J. Obstet. --- Gynaecol. 89:845-8. 1982.
- 15.- Grant J.M. An audit of Abdominal Hysterectomy over a Decade in District-Hospital. Br. J. Obstet. Gynecol. 91:73-7. 1984.
- 16.- Pvolakka J. Results in the Operative Treatment of Pelvic Endometriosis.- Acta Obstet. Gynecol. Scand. 59:429. 1980.
- 17.- Dickers R. Hysterectomy among Women of Reproductive Age: Trends in the United States, 19870-1978. J.A.M.A. 248:323.1982.

- 18.- Rothiot L., Hernández A.J., Villalobos R.M. Neoplasia Intraepitelial--del Cervix. *Gin. Obst. Mex.* 52:295.1984.
- 19.- Soderström R.M., Yuzpe A. Esterilización Femenina. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* Ed. Interamericana. Vol. I. 1979. Pag. 95.
- 20.- Stumpf P.G. Abdominal Hysterectomy for Abortion-Sterilization. A report of 500 consecutive cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 136:714-20.1980.
- 21.- Kurman R. The Behavior of Endometrial Hyperplasia. A long Term Study - of "Untreated" Hyperplasia en 170 Patients. *Cancer* 56:403. 1985.
- 22.- Lee N. Confirmation of Preoperative Diagnoses for Hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 150:283-7.1984.
- 23.- Cortez C.C. Hallazgos histológicos en Hemorragia Uterina Disfuncional. *Rev. Col. Gin. Obstet.* XXXIV:169-73. 1983.
- 24.- Lerner H. Lack of Efficacy of Prehysterectomy Curettage as a Diagnostic Procedure. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 148: 1055-6 1986.
- 25.- Borronoe R.C. Current Concepts: Cervical intraepitelial Neoplasia. *Gynecologic Oncology.* Ed. John Wiley & Sons. 1976. Pag. 3
- 26.- Walker E.M. A Retrospective Review of Cervical Cytology in Women developing invasive Squamous Cell Carcinoma. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 90: - 1087-91. 1983.
- 27.- Lyon J. Smoking and Carcinoma in Situ of the Uterine Cervix. *Am. J. -- Public Health.* 73:558. 1983.
- 28.- Noumoff. Atypia in Cervical Cytology as a Risk Factor for IEN. *Am. J.- Obstet. Gynecol.* 156:628. 1987.
- 29.- Reid M.D. Sexually Transmitted Papillomaviral Infections. The Anatomic Distribution and Pathological grade of Neoplastic Lesions Associated--with different Viral Types. *Am. J. Obstet Gynecol.* 156:212. 1987.
- 30.- Bearman M.D. Papanicolaou Smear History of Patients Developing Cervical Cancer: An Assessment of Screening Protocols. *Ob. Gyn.* 69:151. 1987.
- 31.- Douglas G.J., Donaldson L. Goellner J. False Negative Results en Cervical Cytologic Studies. *Acta Cytol.* 29:1042-6. 1985.
- 32.- Docherty. The Effect of low dose Heparin con blood lose at Abdominal - Hysterectomy, *Br. J. Obstet. Gynecol.* 80:759-63. 1983.
- 33.- Gallup D. Modifications of Celiotomy Techniques to Decrease Morbidity--in Obsese Gynecologic patients. *Am. J. Obstet. Gynecol* 150:171-8. 1984.
- 34.- Dewall R., Lillehei R.C., Sellers R.D. Hemodilution Perfusion for Open Heart Surgery. *N. Engl. J. Med.* 266:1078. 1962.

- 35.- Roe B.B., Hepps S.A., Swenson E.E. Hemodilution with and without Low Molecular Weight; Laboratory Studies and Clinical Experience. *Circulation*. 28:792. 1983.
- 36.- Zhudi N., Carey J., Shekdem W. Comparative Meris and Results of Primes-of Blood and 5% dextrose in water for Heart-Lung Machines. *Analysys of 259 Patients*. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 47:66. 1984.
- 37.- Cooley D.A., Bloo R.D., Beal A.C. Cardiac Valve Replacement without — Blood Transfusion. *Am. J. Surg.* 112:743. 1959.
- 38.- Penney G. Development of a Rational Blood Ordering Policy form Obstetrics and Gynecology. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 89:100-5. 1982.
- 39.- Patten E., Alperin H. Type and Screen: A safe and effective preoperative Blood Ordering Policy with emphasis on its use in Obstetrics and Gynecology. *Am. J. Obstet, Gynecol.* 142:563-7. 1982.
- 40.- Broden G. Nutritional Assesment and Postoperative Morbidity: A Prospective Study in 286 Consecutive surgical Patients. *Acta. Chir. Scand.* — 520:27-32. 1986.
- 41.- Poole G. Mechanical Factors in Abdominal Wound Closure: Prevention of Fascial Dehiscence. *Surgery.* 97:631-40. 1983.
- 42.- González P. Infecciones Postoperatorias en cirugía Ginecológica y Operación Cesárea. Efecto del uso profiláctico de antibióticos. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* XLIX: 199-203. 1984.
- 43.- Wake C.R. The immediate effect of Abdominal Hysterectomy on Intravesical Pressure and Detrusor Activity. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 87:901-2 . 1980.
- 44.- Ellis. H. Midline Abdominal Incisions. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 91:1-2 1984.
- 45.- Moylan J., Kennedy B. The importance of Gown and Drape Barriers in the Prevention of Wound Infection. *Surg. Gynecol. Obstet* 151:465. 1980.
- 46.- Shapito M. Risk factors for infection at the Operative Site after Abdominal or Vaginal Hysterectomy. *N. Engl. J. Med.* 307:1661. 1982.
- 47.- Senior C.C. Are Preoperative Antibiotics helpful in Abdominal Hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 151:1004-8. 1986.
- 48.- Stone H. Infections in Postoperative Patients. *Am. J. Med.* 81 (IA):39-44. 1986.
- 49.- Witters S. Iatrogenic Ureteral Injury: Agressive or conservative Treatment. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 155:582-4. 1986.
- 50.- Persky L. Non Delay in Vesico Vaginal Fistula Repair. *Urology* 13:273.- 1979.

- 51.- Grundsell H., Larson G. Operative Management of Vaginal Vault Prolapse following Hysterectomy. Br. J. Obstet. Gynecol. 91:808-811.1984.
- 52.- Fry D.E. Iatrogenic Ureteral Injury: Options in Management. Arch. Surg. 118:454. 1983.