

11217
69
o.gj



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

MIOMATOSIS UTERINA RELACION
ANATOMOCLINICA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DRA. TERESITA JACOB ZAMUDIO

Asesor de Tesis:

DR. RAFAEL RODRIGUEZ LEDESMA



MEXICO, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



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

I. INTRODUCCION	.....	1
II. MATERIAL Y METODOS	.....	13
III. RESULTADOS	.....	15
IV. GRAFICAS Y TABLAS	.....	17
V. CONCLUSIONES	.....	24
VI. BIBLIOGRAFIA	.....	25

INTRODUCCION

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente practicados entre las mujeres de edad reproductiva en los Estados Unidos y equivale a más del doble de lo que se practica en la Gran Bretaña, también uno de los más controversiales, ya que puede tener importancia médica, social y económica, siendo una amenaza a la percepción de la feminidad y de esta manera posiblemente alterar el balance emocional y sexual en las mujeres. (4,6,14,15,16,18,21).

La histerectomía también es uno de los procedimientos acerca de los cuales se origina un debate por considerarse una "cirugía innecesaria" (18).

Como la frecuencia de la histerectomía ha aumentado, las indicaciones, riesgos y costos de la operación han empezado a provocar controversia (1).

La frecuencia de la histerectomía ha sido pronosticada ha declinar durante los 80's. El uso y diagnóstico por ultrasonido, tratamiento médico de la endometriosis, y ablación selectiva de la neoplasia intraepitelial puede contribuir a este proyecto (6).

Hay variaciones sustanciales en la frecuencia de la histerectomía tanto en grandes regiones como en áreas geográficas más pequeñas, conociendo que su frecuencia varía ampliamente, entonces se deja abierta la cuestión de cuál sería la verdadera. Una frecuencia baja en una población, puede reflejar la subutilización de cirugía apropiada, así como una alta podría reflejar cirugía innecesaria (15).

La frecuencia de la histerectomía es parcialmente influenciada por el tipo de entrenamiento del médico y la habilidad de los ginecólogos. Debido a estos factores, este procedimiento ha sido objeto de un escrutinio intenso, es por lo tanto necesario revisar la experiencia, enfocando cuál es la tendencia actual, sus indicaciones y la seguridad aplicada en el procedimiento (16).

Durante las dos décadas comprendidas de 1965 a 1984, aproximadamente a 12.5 millones de mujeres en Estados Unidos se le efectuó la histerectomía. Por otro lado, la incidencia de la histerectomía aumento en 24% de 1971 a 1975, declinando en años posteriores. Basados en la frecuencia de 1975, el 62% de todas las mujeres americanas se les había practicado la histerectomía a la edad de 70 años.

El número más grande de histerectomías fue en 1975 cuando se practicaron 725,000 o el equivalente a 8.6 por 1000 mujeres de 15 años de edad o mayores. De acuerdo al

Centro Nacional de Salud 649,000 hysterectomias fueron practicadas en 1980, o el equivalente a 5.6 por 1000 mujeres por año. Finalmente el número anual y frecuencia declinó ligeramente y se niveló aproximadamente a 650,000 hysterectomias ó 7 por 1000 mujeres en la década de los 80's.

De los 97 millones de mujeres de 15 años de edad ó más en los Estados Unidos, aproximadamente 18.5 millones han tenido una hysterectomia, siendo practicados anualmente en este grupo de edad más de 400,000 procedimientos.

Respecto al costo de la practica de este procedimiento en los Estados Unidos, cabe mencionar que anualmente el gasto rebasa los 1.7 billones de dólares.

Probablemente hay pocas operaciones actualmente que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la mujer que la hysterectomia indicada.

La hysterectomia y los tratamientos simultáneos de lesiones coexistentes debe ser el procedimiento quirúrgico más importante llevado a cabo por los ginecólogos. (11)

Se menciona que un aumento en la frecuencia de la hysterectomia es debido al amplio uso de indicaciones "electivas" en un intento para mejorar la calidad de vida de la mujer, en particular para eliminar prolongadas ó excesivas hemorragias (16).

INDICACIONES.

Las indicaciones para la hysterectomia cubren un amplio espectro. "Alteraciones patológicas en el útero es frecuentemente una indicación irrelevante para la hysterectomia hoy".

Las indicaciones contemporáneas para la hysterectomia incluyen enfermedades benignas y malignas. La hysterectomia puede ser practicada para tratar condiciones premalignas y cánceres invasivos localmente del cervix, endometrio, ovario ó trompas de Falopio. Otras indicaciones incluyen condiciones sintomáticas benignas del útero, tales como leiomiomas, que comprimen estructuras pélvicas adyacentes ó hemorragia uterina refractaria al legrado uterino u hormonoterapia.

Las irregularidades menstruales son la indicación más frecuente, sin embargo la hysterectomia en estos casos no es justificada.

Las indicaciones adicionales incluyen enfermedades de los ovarios ó trompas en las cuales el útero no está incluido primeramente, pero es extirpado junto con los ovarios (v.gr absceso tuboovárico ó endometriosis pélvica severa). Ocasionalmente, la hysterectomia es requerida durante la

cirugía pélvica no ginecológica para el manejo de condiciones tales como cáncer de colon o absceso diverticular. Problemas obstétricos tales como hemorragia postparto no controlable, ruptura uterina o endometritis sin respuesta al legrado uterino y antibióticos, pueden en ocasiones conducir a la aplicación de la histerectomía.

Las indicaciones de la histerectomía no radicales practicadas en Estados Unidos son leiomiomas, hemorragia uterina disfuncional y relajación pélvica (descenso del útero). Los leiomiomas que causan una hemorragia molesta, dolor o compresión de los ureteres o que crecen rápidamente pueden ser aceptados como una indicación para la histerectomía, no así los asintomáticos. El riesgo/beneficio de la histerectomía para leiomiomas asintomáticos de diferente tamaño o peso es desconocido, por lo tanto, el criterio rígido del tamaño (v.gr embarazo de 12 semanas) para la histerectomía debe ser examinado principalmente en mujeres próximas a la menopausia, cuando usualmente estos disminuyen de tamaño.

El término "Hemorragia Uterina Disfuncional" es aplicado a toda hemorragia uterina anormal sin una causa orgánica. Para tratar tal hemorragia muchos autores coinciden en que la histerectomía debería ser considerada solo después de que el legrado uterino y la terapia hormonal han fallado. Existen desacuerdos sobre el número de legrados que deberían ser practicados para este propósito. Después de que la patología endometrial ha sido excluida, algunas mujeres premenopáusicas con hemorragia irregular y abundante pueden ser tratadas con progesterona hasta que la menopausia se presente.

La frecuencia de ausencia de enfermedad micro o macroscópica en el útero extirpado en las histerectomías va del 13 al 31 %. Un útero extirpado como tratamiento de problemas estructurales u hormonales (prolapso uterino o hemorragia disfuncional) puede no tener una patología uterina discernible en el microscopio. Alternativamente, la presencia de patología mínima (v.gr leiomiomas subserosos asintomáticos) no siempre establece que la histerectomía fue necesaria o apropiada (16).

La histerectomía es practicada por condiciones que van desde situaciones que amenazan la vida hasta la prevención del embarazo, la calidad de vida y el miedo al embarazo no deseado o antecedentes familiares de cáncer uterino, a pesar de que tal información no está documentada (16).

Ha habido un aumento gradual en el número de histerectomías hechas por leiomiomas en mujeres de todas las razas, esto coincide con el uso incrementado de contraceptivos orales, sin embargo una relación de causa efecto aún no ha sido establecida (1).

La tendencia del ginecólogo para practicar una histerectomía es más por síntomas del paciente que por patología pélvica, lo cual refleja la actual indicación en el cirujano y la opinión de las pacientes para efectuar la operación (7).

La frecuencia de los tumores malignos aumenta con la edad. La sepsis y la enfermedad cervical muestran la frecuencia más baja entre mujeres postmenopausicas y una frecuencia relativamente alta entre las mujeres muy jóvenes lo cual se explica por una mayor y variada actividad sexual, con riesgos de infecciones genitales propensas a neoplasias cervicales y/o a una detección más temprana a través del uso aumentado de citologías cervicales.

Las neoplasias benignas ocurren más frecuentemente en mujeres cercanas a la menopausia, siendo la frecuencia más alta para el grupo de edad de 40-49 años, sin embargo, las neoplasias benignas son también las indicaciones más frecuentes en todos los grupos de edad, excepto las muy jóvenes y las muy grandes (18), siendo el diagnóstico de enfermedad cervical en las mujeres muy jóvenes y anatomía anormal adquirida en las mujeres más grandes.

La histerectomía practicada por enfermedades cervicales mostró cambios altamente significativos para todos los grupos de edad, pero la frecuencia en los grupos más jóvenes (25-29 y 30-34 años) se elevó mientras que para los demás grupos (35-60 ó más) disminuyó.

Las indicaciones para la aplicación de la histerectomía en orden de frecuencia decreciente son:

Descripción	Porcentaje
. Alteraciones menstruales	91.2 %
. Miomatosis Uterina	85%
. Leiomiomas	30-40%
. Fibroides	26.8%
. Dolor abdominal bajo crónico	11-17.8%
. Endometriosis	14.7%
. Cáncer	10.7%
. Endometriosis/Adeniosis	7.9%
. Enfermedad Inflamatoria Pélvica	7.2%
. Displasia Cervical	6.2%
. Hiperplasia Glandular Quística	5.3-6.2%
. Tumor Anexial Benigno	2 %
. Adeniosis	1.7%

La frecuencia de la histerectomía por grupos de edad es:

Edad	Porcentaje
. 60-69 años	35 % (8)
. 45-64 años	31 % (6)
. 30-50 años	más del 70% (1,18)

. 15-44 años

63 % (6)

Por lo que puede observarse muchas mujeres que se someten a la histerectomía lo hacen durante sus años reproductivos, el promedio de edad es de 40.9 años. Las mujeres de 30 a 49 años son las de mayor riesgo para que les sea aplicado el procedimiento. Por otra parte, la quinta década de la vida constituye el 50.6% de los procedimientos, siendo la indicación principal Miomatosis Uterina (85%)

Un pequeño porcentaje de histerectomías es practicado en mujeres que estuvieron embarazadas al momento de su admisión hospitalaria. Este porcentaje vario del 1.8 a 3.6 % de 1970 a 1978. La probabilidad de que la histerectomía este asociada al embarazo se relaciona con la edad de la mujer, por lo que mujeres de 15 a 24 años tienen una probabilidad más alta de que se les practique (10%), no así las mujeres de 35 a 44 años, donde la frecuencia es más baja.

Más de la mitad de las pacientes tienen 3 o más embarazos previos, mientras que el 10% son nulíparas (21). El 80% son viudas de casa y en cuanto al estado civil se observa una frecuencia más alta en mujeres que estuvieron casadas (16).

La histerectomía y su repercusión ovárica.

Para todas las edades (25-74 años) y mujeres con ovarios intactos, la incidencia del cáncer de ovario aumenta en un 12% (8,12).

Al referirnos a los problemas usuales de falla ovárica, tales como inestabilidad vasomotora y síntomas del tracto genital bajo, las mujeres premenopausicas que se someten a la pérdida prematura de la función ovárica, están en un riesgo mayor de osteoporosis e infarto agudo del miocardio. De esta manera la conservación ovárica al momento de la histerectomía en mujeres menores de 45 años, es una practica quirúrgica aceptable (2).

Es ampliamente aceptado que la cirugía de la histerectomía no tiene efectos adversos sobre la función de los ovarios conservados. La examinación cuidadosa de la literatura medica revela que aunque la mayoría de las mujeres continúan teniendo una función ovárica normal despues de la histerectomía, una minoría sustancial y en algunos estudios la mayoría de mujeres histerectomizadas efectivamente experimentan falla ovárica prematura.

Las molestias como inestabilidad vasomotora ó sequedad vaginal son inequívocos de ausencia de estrógenos. La inestabilidad vasomotora como bochornos y/o sudoración nocturna son suficientes para alterar la rutina diaria y/o la forma de sueño . La sequedad de vaginal tal como una

disminución de lubricación vaginal en mujeres sexualmente activas, requiere uso de lubricante. Hay evidencia clínica de atrofia vaginal si se presenta adelgazamiento de la mucosa y alteración en su color (1c).

La ooforectomía unilateral es más común que la bilateral entre mujeres de 25 a 34 años, pero menos prevalente entre las mujeres de 35 años o más.

La incidencia de enfermedades cardiovasculares después de la histerectomía, cuando los ovarios son conservados fue del 2.0 a 5.0 veces más que en el grupo control, y tales pacientes tienen una probabilidad del 4% de sufrir un infarto agudo del miocardio dentro de los 10 años posteriores a la cirugía (7,11)

Morbi-Mortalidad

A pesar de los avances en la Ginecología quirúrgica, la histerectomía hoy conlleva un riesgo sustancial de morbilidad. Aunque el riesgo de mortalidad en la histerectomía es más bajo cada año, más de 600 mujeres en los Estados Unidos mueren como resultado de complicaciones de esta operación o condiciones adyacentes.

La histerectomía vaginal en general está asociada con más morbilidad que la histerectomía abdominal, las mujeres premenopausicas que se someten a la histerectomía vaginal son particularmente de riesgo elevado (6).

La histerectomía tiene una mortalidad baja y una morbilidad de corto tiempo, pero existe una controversia sobre los efectos a largo plazo, ardores físicos y siquiátricos. Algunos estudios indican efectos siquiátricos, otros indican que la histerectomía es frecuentemente seguida por una depresión que requiere tratamiento (7).

Aun más inquietantes, son los reportes que establecen que aunque los ovarios sean conservados, las mujeres tienen un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular después de la intervención quirúrgica (7).

Tradicionalmente se ha reconocido que las mujeres posthisterectomizadas son particularmente propensas a inestabilidad psicológica y labilidad para desarrollar reacciones siquiátricas adversas. En años recientes sin embargo, varios estudios han indicado que los síntomas siquiátricos pueden actuar como factor de riesgo para la histerectomía y que en algunos casos un "Síndrome de posthisterectomía" puede estar relacionado a un diagnóstico preoperatorio de histeria (20).

Se sospecha que la histerectomía es practicada más frecuentemente de lo que se espera en mujeres admitidas por

síntomas vagos sin identificación de una causa orgánica, tal como dolor de cabeza o dolor de espalda, también parece que algunas mujeres muy jóvenes han sido sometidas a histerectomía sin ninguna indicación firme, tal como una severa metrorragia o por malignidad. La queja somática, a menudo inexplicable por cualquier alteración orgánica conocida conduce a estas pacientes a una examinación neurológica que podría estar relacionada a una alteración de somatización.

Debido al gran número de mujeres incluídas, la morbimortalidad y costo de la operación de este procedimiento tienen considerable importancia en la Salud Pública (10').

La bien establecida ventaja femenina en la mortalidad, es entendida y explicada por la diferencia de sexos (2).

Varios investigadores han sugerido un efecto de protección debido a los estrógenos endógenos, una posibilidad que apoya estos reportes es que las mujeres con ooforectomía bilateral tienen un riesgo elevado de enfermedades cardíacas, y por otro lado se ha observado una disminución de mortalidad debido a esas enfermedades en mujeres postmenopáusicas pero que ingieren estrógenos. Y también se ha establecido que la histerectomía en mujeres premenopáusicas está asociada con un aumento de tres veces el riesgo de enfermedades cardíacas durante el resto de los años premenopáusicos. Se indica al Prostaglicin (PGI2) como un potente vasodilatador endógeno, el cual es inhibidor de la agregación plaquetaria, y puede ser elaborado por el útero y mediar la protección contra enfermedades cardíacas (6,11).

En un análisis retrospectivo se observó la relación del uso de estrógenos e histerectomía con la frecuencia de la mortalidad en la población y se encontró que a excepción de mujeres histerectomizadas entre 50 y 59 años y mujeres sin histerectomía de 70 a 79 años, las usuarias de estrógenos tienen una frecuencia de mortalidad más baja que las no usuarias. La gran diferencia en la edad de muerte entre las usuarias y no usuarias de estrógenos fueron observadas en mujeres ooforectomizadas.

En ausencia de estrógenos exógenos, hubo una pequeña diferencia en la mortalidad entre mujeres sin histerectomía y aquellas que reportaban cirugía ginecológica; aunque se sabe que las mujeres ooforectomizadas tienen una frecuencia de muerte más alta.

Por lo que se refiere al uso de estrógenos en mujeres que ya se consideraban con un alto riesgo de muerte, los estrógenos endógenos han sido ampliamente citados como un explicación de la ventaja femenina sobre la mortalidad, principalmente por la disminución en la frecuencia de enfermedades cardiovasculares. Varios estudios sugieren que

el uso de estrógenos exógenos en mujeres postmenopáusicas puede disminuir la incidencia de enfermedades cardíacas .

Se ha establecido una correlación entre morbilidad febril y la etapa del ciclo menstrual. Se encontró una gran proporción de cultivos vaginales, más durante la fase proliferativa que durante la fase secretora del ciclo. En experimentos en animales se ha observado que los estrógenos promueven y la progesterona disminuye la colonización del tracto genital (1).

Gausenberg encontró una frecuencia del 25% de morbilidad después de la histerectomía en mujeres postmenopáusicas, comparado con un frecuencia del 58% en la fase folicular y 53% en la fase lútea del ciclo menstrual.

Manejo de Antibióticos.

La aplicación de antibióticos de 1 a 5 días después de la cirugía ha presentado resultados favorables, por lo que se sugiere su indicación antes de la misma (1). Los antibióticos que se usan profilácticamente son:

. Cefalosporinas 500 mg IM cada 6 horas por 48 horas, la primera dosis se da con la premedicación anestésica.

. Metronidazol 2 gr VO por la noche antes de la cirugía, seguido de 200 mg cada 8 horas por 7 días en el postoperatorio tan pronto como la peristalsis se inicie (4,7).

Diagnóstico Anatomopatológico.

Los diagnósticos preoperatorios potencialmente confirmables incluyen:

1. Neoplasia cervical intraepitelial, ambas displasias (leve o severa) y carcinoma in situ.
2. Enfermedad inflamatoria pélvica, incluyendo oofaritis, salpingitis, hidrosalpinx y absceso tuboovárico.
3. Leiomiomas.
4. Adeniosis.
5. Endometriosis.
6. Hiperplasia Endometrial.

Los diagnósticos preoperatorios que no son potencialmente confirmables son:

1. Alteraciones en la hemorragia menstrual, que incluye menometrorragias, hemorragias vaginales, hemorragia uterina disfuncional y periodos irregulares.
2. Relajación pélvica, incluyendo prolapso útero-vaginal, cistocele, rectocele o incontinencia urinaria.
3. Dolor pélvico incluyendo dolor abdominal bajo y dismenorrea.
4. Otros diagnósticos.

El 52% de todas las histerectomías son practicadas por un diagnóstico que potencialmente podría ser confirmado por patología, el resto, el 48% tiene un diagnóstico preoperatorio que no es potencialmente confirmable. El 61% de los diagnósticos para histerectomía abdominal fueron potencialmente confirmables. La Cervicitis crónica y/o metaplasia escamosa son los hallazgos patológicos en el 75% de todos los especímenes cervicales, mientras que el 85% de los especímenes endometriales fueron normales, leiomiomas del miometrio son encontrados en el 45% de los casos. En cerca de la mitad de todos los casos, las trompas de Falopio y ovarios no fueron extirpados, sin embargo muchas de las trompas fueron normales, mientras que los quistes funcionales de ovarios son el hallazgo ovárico más común (21).

Se sabe que el 22% no tiene alteraciones sustanciales en el estudio patológico postoperatorio. El 80% de los diagnósticos potencialmente confirmables lo fueron por examinación patológica, siendo los dos más comunes la neoplasia cervical intraepitelial y leiomiomas cuyos porcentajes son del 89 y 84% respectivamente.

La Adeniosis y endometriosis son confirmados menos a menudo. El 8% de los especímenes del grupo potencialmente confirmable no tiene alteraciones patológicas; sin embargo, el 25% de estos diagnósticos preoperatorios de endometriosis fueron normales.

Las Alteraciones menstruales, dolor pélvico y relajación pélvica fueron los diagnósticos más comunes no sometidos a confirmación patológica. Los hallazgos patológicos más comunes asociados con alteraciones menstruales son leiomiomas (34%) y adeniosis (22%). Para el dolor pélvico, el hallazgo patológico incluye los leiomiomas (23%), la adeniosis (15%) y la inflamación anexial (19%). Del total, un 38% de los especímenes quirúrgicos asociados con uno de estos 3 diagnósticos no tiene patología. Del diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, solo el 67% fueron confirmados por estudios postoperatorios, y el 17.5 % de los diagnósticos con miomatosis se reporta adeniosis.

Complicaciones.

Las lesiones al intestino y tracto urinario parecen estar relacionadas a la extensión de la cirugía, indicaciones y distorsión anatómica. Cuando uno puede palpar los ureteres es fácil evitarlos, sin embargo, en presencia de una enfermedad extensa, especialmente endometriosis, la identificación del uretero puede ser difícil, por lo que la pielografía intravenosa preoperatoria es importante especialmente en estos casos cuando una disección quirúrgica difícil es anticipada (1).

La lesión al tracto urinario durante la histerectomía es una seria pero infrecuente complicación. La frecuencia de la lesión ureteral durante la cirugía pélvica va de 0.2 a 0.5 x 100 operaciones y la frecuencia de laceraciones de vejiga va de 0.3 a 0.8 x 100 operaciones. El constante conocimiento de la localización de los ureteres durante la cirugía y la práctica de la histerectomía intrafacial cuando es posible, reducirá el riesgo de daño al tracto urinario. Si el trauma ocurre, el pronto reconocimiento y reparación puede minimizar la subsecuente morbilidad. La fistula vesico-vaginal se presenta del 12 al 24vo día después de la cirugía (6, 11).

La hemorragia es otra complicación frecuente. La estimación clínica de pérdida sanguínea es poco valorable, la administración de transfusiones puede servir como índice útil de pérdida sanguínea clínicamente importante. Se ha observado que en más de una paciente de 10 que se someten a histerectomía requiere transfusiones, aunque algunas pueden ser necesarias por anemia preexistente y no necesariamente por la operación. Hay varios factores que influyen en la frecuencia de hemorragia, tal como una patología grave, una infección extensa o endometriosis, con pérdidas importantes de sangre (6, 11).

Un aspecto importante de las transfusiones es el peligro de adquirir infecciones como el virus de inmunodeficiencia adquirida humana (HIV), Hepatitis B y también Hepatitis viral no A no B (16). La transfusión sanguínea aun es un factor de riesgo más alto que la anestesia, la supresión preoperatoria de hemorragia con progesterona, y la administración de hierro a pacientes con anemia secundaria ha disminuido considerablemente la necesidad de transfusiones (1).

El "Síndrome de ovario Residual" es una complicación rara que incluye del 1 al 3% de todas las histerectomías que conservan ya sea uno o ambos ovarios. Clínicamente los síntomas imitan alteraciones urinarias e intestinales, dolor de espalda y profunda dispareunia, y mediante la exploración ginecológica se palpa una masa blanda fija cerca de la cúpula vaginal, por lo que el diagnóstico correcto es solo hecho en el 30% de todas las pacientes que lo presentan. El dolor pélvico en tales casos implica una combinación de adherencias periovaricas o intestinales y una función ovarica continua. Después de la oorectomía u ovaropexia los síntomas desaparecen.

El intervalo entre histerectomía y la talla ovárica ocurre en el 34% dentro de los 2 años posteriores a la cirugía, mientras que en otras pacientes a los 15 años (16). La presencia persistente de síntomas de deficiencia estrógenica indica pérdida de la función ovarica. Se piensa que es posible que la cirugía comprometa el riego vascular del ovario (52-89%), y se menciona al útero como una contribución endocrina importante para su funcionamiento,

ambos mecanismos pueden llegar a causar una falla ovarica aun muchos años despues de la cirugia (16).

En un gran número de estudios se ha tratado el impacto psicológico en las mujeres. La peroida del útero y menstruación puede representar para algunas la perdida de fuerza, vitalidad y estima. La depresion es la queja siquiátrica más comun. La probabilidad de que se presenten problemas psicológicos postoperatorios parece estar en relacion a varios factores, incluyendo las indicaciones para la cirugia, la percepcion de la mujer de estar bien antes de la cirugia, su ajuste matrimonial y felicidad, y tambien el deseo de tener hijos. Notablemente una historia de depresion aumenta la probabilidad de esta despues de la hysterectomia. La disfuncion sexual probablemente puede ocurrir despues de la hysterectomia, esto frecuentemente tiene que ver con falta de informacion acerca de la capacidad para el funcionamiento sexual despues de la hysterectomia. A traves de un asesoramiento pre y postoperatorio por medicos y enfermeras, asi como apoyo psicologico se pueden reducir los riesgos de problemas de esta índole despues de la cirugia (11).

Algunas mujeres pueden experimentar consecuencias psicologicas adversas, otras lo pueden considerar un beneficio debido a la falta de necesidad de practicar contracepcion, lo cual es sumamente importante para las mujeres en los años reproductivos. La esterilización sera una consecuencia no aceptable de la hysterectomia iterativa para mujeres que desean preservar la capacidad de tener hijos. Otras pueden estar indiferentes a este efecto o pueden considerarlo un beneficio posterior a la hysterectomia (15).

Se dice que hay un aumento en la expectativa de vida despues de la cirugia, la principal razon es sobre la incidencia y supervivencia al cancer cervical, cuerpo uterino y ovario que sugiere un beneficio mucho mayor para mujeres que se someten a la hysterectomia por prevencion del cancer. El efecto detrimental de aumento de secuelas de enfermedades cardiacas y siquiátricas no es suficientemente grave para no considerar los beneficios (15).

Mortalidad.

El riesgo de muerte por hysterectomia es bajo, su frecuencia se estima de una a dos muertes por 1000 hysterectomias para todos los tipos y para todas las indicaciones. Muchas causas de muerte resultan de complicaciones de la operacion, incluyendo el embolismo pulmonar, infecciones, paro cardiaco, infarto agudo del miocardio, obstruccion intestinal, infarto pulmonar y hemorragia subaracnoidea (2,6)

El tromboembolismo es todavia un enigma que causa casi un tercio de las muertes, la incidencia de la enfermedad va

de 1.6 a 0.6%. Las bajas dosis de heparina profiláctica ofrecen una disminución en el número de muertes por lo que se recomienda aplicar 5000 U antes, a las 8 horas y 12 horas del evento quirúrgico (1).

La frecuencia de mortalidad aumenta con la edad, particularmente después de los 54 años.

MATERIAL Y METODOS

Se llevo a cabo una revision retrospectiva en el Servicio de Ginecologia del Hospital General Fernando Quiroz Gutierrez, del Instituto de Seguridad y Servicios para los Trabajadores del Estado. De los expedientes clinicos de pacientes en las que se practico la histerectomia abdominal en el periodo comprendido de 1986 a 1989, se registraron todas las pacientes histerectomizadas siempre y cuando contaran con el reporte de patologia, por lo cual se obtuvo un total de 111 pacientes de las cuales por no contar en el expediente con el reporte correspondiente fueron excluidas 13, a pesar de haberse efectuado el estudio anatomopatologico.

De los expedientes clinicos se obtuvo la siguiente informacion:

1. Edad.
2. Citologia vaginal.
3. Manifestaciones clinicas.
4. Paridad.
5. Ultrasonido.
6. Indicacion preoperatoria para histerectomia.
7. Reporte anatomopatologico.
8. Complicaciones.

En cuanto a la edad el agrupamiento fue el siguiente:

1. De 26 a 30 años.
2. De 31 a 35 años.
3. De 36 a 40 años.
4. De 41 a 45 años.
5. De 46 a 50 años.
6. De 51 a 55 años.
7. De 56 a 60 años.
8. De 60 años o mas.

De los reportes de las citologias solo se hace mencion a las displasias y su correlacion con patologia.

Las manifestaciones clinicas consideradas fueron las siguientes:

1. Irregularidades menstruales.
2. Hemorragias.
3. Metrorragias.
4. Hemorragia uterina disfuncional
5. Hemorragia uterina postmenopausica.

El agrupamiento por paridad fue por escala del número 1 al 4:

1. Nuliparas.
2. Primiparas.

3. De 2 a 6.
4. Mas de 7 paras.

Del reporte de ultrasonido se mencionan si hay o no datos de miomatosis uterina.

Las indicaciones preoperatorias fueron las siguientes:

1. Miomatosis.
2. Hiperplasia endometrial.
3. Adenomiosis.
4. Displasia.

Los reportes de patologia se seleccionaron asi:

1. Miomatosis uterina.
2. Adenomiosis.
3. Adenomiosis y miomatosis.
4. Displasias.
5. Hiperplasia endometrial.

Con respecto a las complicaciones se agruparon dentro de las llamadas tardias:

1. Absceso perivesical.
2. Dehiscencia de pared.
3. Fístula vesicovaginal.
4. Ligadura de ureter.
5. Perforación vesical.

Al final establecemos una correlación tanto de reportes de citología vaginal con reportes de patologia, y la indicación preoperatoria con hallazgo de la pieza.

El análisis de los datos fue por metodos de estadística descriptiva.

La investigación no implicó ningún problema ético, por el contrario considera que si los criterios y diagnósticos del médico para la paciente con tales características mejoran, repercutirá en una mejor selección de candidatos para efectuarles el procedimiento quirúrgico, menos índice de morbilidad sobre los mismos y una disminución en las repercusiones tanto fisiológicas como psíquicas.

RESULTADOS

Edad.

El rango de edad varió de 28 a 67 años, con una frecuencia mayor en el grupo de 36 a 40 años que corresponde al 36.7%, con una media de 41.7 años.

Paridad.

Has de la mitad de las pacientes han tenido de 2 a 8 embarazos previos, 3 casos se presentaron en pacientes nulíparas.

Ultrasonido.

Encontramos que el reporte de ultrasonido de miomatosis fue correcto en el 67.5% de los casos, llama la atención que cuando por ultrasonido se visualiza un útero normal, por patología en la mitad de los casos se trata de un útero miomatoso.

Indicaciones de la histerectomía.

La indicación principal de la histerectomía abdominal fue miomatosis uterina que se presentó en 78 casos y corresponde al 79.2%, le siguen en orden de frecuencia hiperplasia endometrial con un 10.4%, displasia 8.3%, adenomiosis 2.1%. Sin embargo cabe aclarar que solo el 71.7% del diagnóstico de miomatosis se confirmó por estudio anatómopatológico.

De las pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, se encontró por patología que el 68% se trataba de adenomiosis con miomatosis y el 31.1% adenomiosis.

La hiperplasia endometrial como diagnóstico preoperatorio solo coincidió en el 54.5% de los casos, el resto se trataba de adenomiosis.

Cuando la indicación preoperatoria fue displasia, se corroboró por patología el 37.5% de los casos y en el 62.5% restante no existió tal displasia.

En cuanto a la conducta a seguir respecto a la extracción o no de los ovarios, la SOE fue el procedimiento a seguir en el 31.6% de los casos, cabe mencionar que la edad de las pacientes era de 28 a 38 años únicamente.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

De los hallazgos anatómopatológicos sobresale por supuesto la miomatosis uterina en 67 casos, adenomiosis en 63

casos, hiperplasia endometrial en 46 casos, displasia en 13 casos. Estos hallazgos no determinaron la intervencion quirurgica; conviene aclarar que de 67 casos de diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, sólo 82% fueron confirmados por estudio preoperatorio. En el 10.4% y 7.4% diagnosticados como miomatosis uterina el estudio reporto displasia e hiperplasia endometrial respectivamente.

De los pacientes con reporte de hiperplasia endometrial, un porcentaje importante, cerca del 80%, se pensaba que se trataba de miomatosis y solo en el 13% se cumplio esta suposicion.

La adenomiosis a pesar de ser un diagnóstico anatomopatológico frecuente, sólo fue correcto por diagnóstico preoperatorio en el 5.17% de los casos.

En cuanto a las displasias reportadas por patologia, sólo el 30.7% de los diagnósticos preoperatorios fue correcto, ya que en la mitad de los casos no fueron detectados. Por citología vaginal se reportaron el 37.5% de los casos.

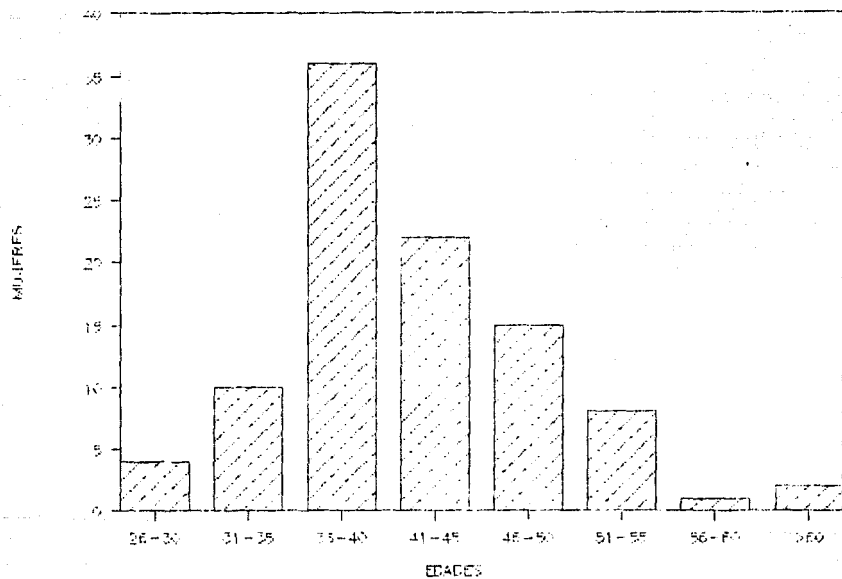
Complicaciones.

Este aspecto reviste una gran importancia ya que nos permite valorar objetivamente la calidad de la atención quirúrgica que se esta brindando en nuestra unidad. Los agrupamos en las llamadas tardías:

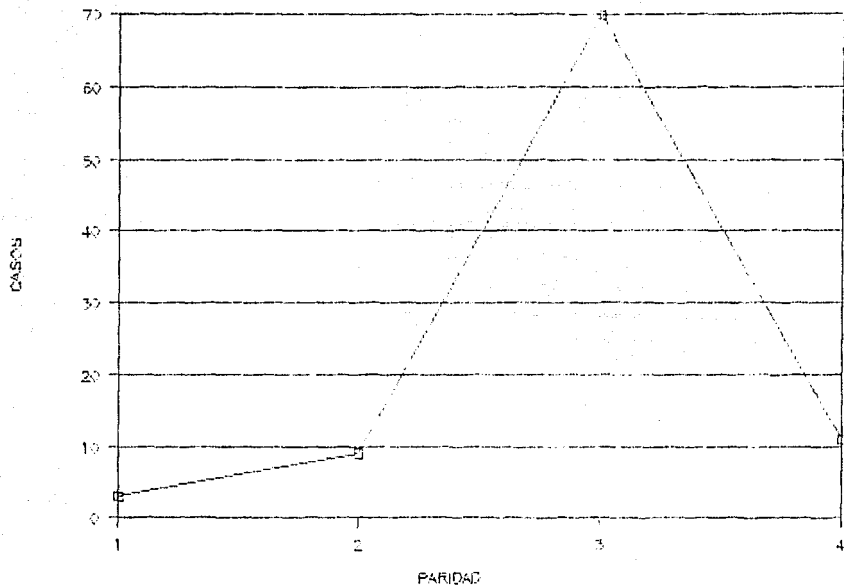
Absceso perivesical	un caso
Dehiscencia pared	un caso
Fistula vesicovaginal	3 casos
Ligadura de ureter	2 casos
Perforacion vesical	un caso.

<i>DISTRIBUCION POR EDADES</i>		
<i>AÑOS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>26-30</i>	<i>4</i>	<i>4.08%</i>
<i>31-35</i>	<i>10</i>	<i>10.20%</i>
<i>36-40</i>	<i>36</i>	<i>36.73%</i>
<i>41-45</i>	<i>22</i>	<i>22.45%</i>
<i>46-50</i>	<i>15</i>	<i>15.31%</i>
<i>51-55</i>	<i>8</i>	<i>8.16%</i>
<i>56-60</i>	<i>1</i>	<i>1.02%</i>
<i>> 60</i>	<i>2</i>	<i>2.04%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>98</i>	<i>100.00%</i>

HISTERECTOMIAS FOR EDADES

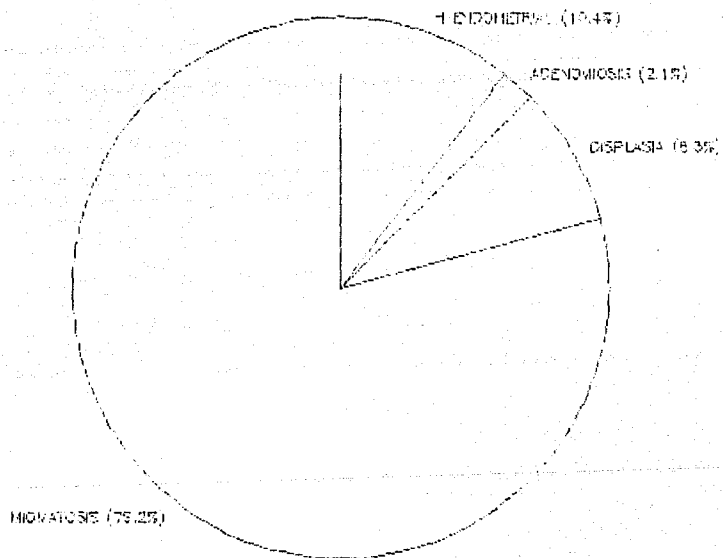


PARIDAD DE LAS PACIENTES

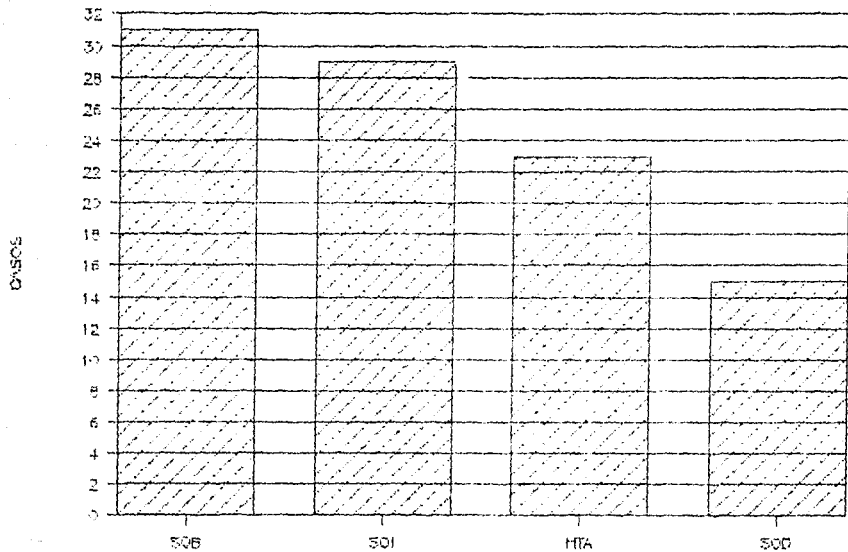


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAGNOSTICS PREOPERATORIOS



TRATAMIENTO QUIRURGICO



DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

DIAGNOSTICO	CASOS
<i>Cervicitis crónica quística</i>	91
<i>Miomatosis</i>	67
<i>Adenomiosis</i>	63
<i>Hiperplasia glanduloquística</i>	47
<i>Displasia</i>	13
<i>Cistadenoma Ovárico</i>	1
<i>Teratoma Quístico</i>	1
<i>Embarazo no diagnóstico</i>	2

**CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO
CLINICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE
MIOMATOSIS**

	%
Confirmado por anatomia patologica	82
Miomatosis inexistente, con displasia%	10.4
Miomatosis inexistente, con hiperplasia	7.4

CONCLUSIONES

1.- La miomatosis uterina fue la indicación principal por la que se efectuó la histerectomía, lo cual es ampliamente aceptado por la Literatura.

2.- La relación anatomoclínica encontrada de miomatosis uterina de nuestro estudio fue del 82%, la presencia de dicha patología establece que la histerectomía fue tal vez apropiada. más no necesaria.

3.- Cabe mencionar que el 8.16% de complicaciones, a pesar de ser un porcentaje por debajo de lo establecido, no por eso es despreciable, ya que corresponde a complicaciones imputables a una probable deficiencia en la técnica quirúrgica.

4.- Otro aspecto importante es la extirpación o no de los ovarios, ya que los parámetros como edad de la paciente no son válidos.

5.- Es importante establecer un protocolo que debe ser llevado a cabo por cada paciente que va a ser sometida a una histerectomía, para evitar sorpresas como puede ser un útero gravido.

6.- Llama la atención que dentro del hospital existe un error de ultrasonido en más de la mitad de los casos de detección miomatosis uterina.

7.- La frecuencia por grupos de edad de la histerectomía es muy similar a los reportados en la Literatura. De la paridad de las pacientes más del 50% tuvo de 2 a 8 embarazos, sólo un 3.06% fueron nulíparas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amirikia Hassan, H.D. Evans T.N. Ten year review of hysterectomies: Trends, indications, and risks. *American Journal Obstet Gynecol.* Vol 134 N. 4. June 15. 1979.
- 2.- Bush, Trudoy L; Coward Linda D. Ph D. Estrogen Use and All Cause Mortality. *JAMA.* Vol 249. N. 7. Feb 18. 1983.
- 3.- Bukowsky, Ian, h.D. Liftshitz, Veneskel, H.D. et al. Ovarian Residual Syndrome. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* Vol 167. August 1988.
- 4.- Dicker, Richard C; Greenspan, Joel R. et al. Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy among Women of Reproductive Age in the United States. *American Journal Obstet Gynecol.* Vol 144. Number 7. December 1. 1982.
- 5.- Delgado Urdacilleta J; Gasque Lopez F. Histerectomia Abdominal Estudio de 300 casos. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico.* Vol 50. N 299. Marzo 1982.
- 6.- Domenighetti Gianfranco; Luraschi, Pierangelo, et al. Hysterectomy and Sex of the Gynecologist. *The New England Journal of Medicine.* December 5. 1985.
- 7.- Easterday, Charles L M.D.; Grimes David A. M.D. Hysterectomy in the United States. *Obstetrics and Gynecology.* Vol 62. N., 2. August 1983.
- 8.- Grant J.H.; Hussein, I. S. An Audit of Abdominal Hysterectomy over a Decade in a District Hospital. *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* Vol. 91. pp 73-77. January 1984.
- 9.- Howe, Holly L; Age-Specific hysterectomy and Oophorectomy Prevalence rates and the Risks for Cancer of the Reproductive System. Vol 74 . N. 6 June 1984.
- 10.-Julian T. M.D. ; Facog. Pseudoincontinencia Secondary to Unopposed Estrogen Replacement in the Surgically Castrate Premenopausal Female. *Obstetrics and Gynecology.* Vol 70 N. 3 Part. September 1987.
- 11.- Lee Nancy C. Dicker C. Richard et al. Confirmation of the Preoperative diagnoses for Hysterectomy. *American Journal Obstet Gynecol.* Vol 150 N. 3. October 1. 1984.
- 12.-Lichtinger Hoises, H.D.; Avarette Hervy, H.D. Major Surgical Procedures for Gynecology Malignancy in Elderly Women. *Southern Medical Journal.* Vol 79. n. 12. December 1986.

13.- Navior A.C. *Hysterectomy - Analysis of 2901 Personally Performed Procedures*. S A Medical Journal. Volume 65. N. 18. February 1984.

14.- Pokras Robert. M A; Heefnagel Vicki Georges. *Hysterectomy in the United States, 1965-1984*. A J P H. Vol 78, N. 7. July 1988.

15.- Riss P.; Koelbl H. et al. *Wertheim Radical Hysterectomy 1921-1986: Changes in Urologic Complications*. Arch Gynecol Obstet. Vol 241 pp 249-253. 1988.

16.- Roos Horalou P. PhD. *Hysterectomy: Variations in Rates Across Small Areas and Across Physicians' Practices*. A J P H. Vol 74. N. 4. April 1984.

17.- Sandberg, Sonia I. PhD; Barnes Benjamin A. et al. *Elective Hysterectomy. Benefits, Risks, and Costs*. Medical Care. Vol 23 N. 9. October 1983.

18.- Santha Ram H.V.; Murthy H.V.A. *Abdominal Hysterectomies at Area hospital, Point Fortin, Trinidad, West Indies*. Int. J. Gynecol. Obstet., Vol 28. pp 137-14. 1989.

19.- Siddle Nick. *The Effect of Hysterectomy on the Age at Ovarian Failure: Identification of a Subgroup of Women with Premature Loss of Ovarian Function and Literature Review*. Fertility and Sterility. Vol 47. N. 1. January 1987.

20.- Sloan Frank, A PhD., Penien, James H; et al. *In-Hospital Mortality of Surgical Patients: Is there an Empiric Basis for Standard Setting? Surgery*. Volume 99 Number 4. April 1986.

21.- Soier Tsiporach, MD. *Hysterectomy in Manitoba-1970-1978: Patterns of Practice and Changes Overtime*. Canadian Journal of Public Health. Vol 74. March/April 1983.

22.- Souza A. Z., M D; Fonseca A.H. *Ovarian Histology and Function after Total Abdominal Hysterectomy*. Obstetrics and Gynecology. Vol 68. N. 6. December 1986.

23.- Waldemar, Gunhild. H D.; Henderlin, Iene. *Neurologic Symptoms and Hysterectomy: Retrospective Survey of the Prevalence of Hysterectomy in Neurologic Patients*. Obstetrics and Gynecology. Vol 70. N. 4. October 1987.

24.- Wingo, Phyllis A; Hueso Carlos H. *The Mortality Risk Associated with Hysterectomy*. Am J Obstet Gynecol. Volume 152. Number 7, Part 1. August 1, 1985.