



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

11237 7
45 24 CO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Revisado

INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA
HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL
H. G. O. No. 3 C. M. R.



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. DAVID FLORES HERNANDEZ

ASESOR: DR. JAVIER MENDEZ GONZALEZ
COLABORADOR: DR. REYNALDO DAVILA GUEVARA



IMSS

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FEBRERO DE 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

	Págs.
Introducción.....	1
Objetivo.....	2
Antecedentes científicos.....	3
Planteamiento del problema.....	5
Hipótesis.....	6
Material y métodos.....	7
Resultados.....	8
Gráficas y cuadros.....	14
Discusión.....	28
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	33

Introducción: La práctica quirúrgica requiere siempre de médicos con un alto grado de preparación técnica, conocer profundamente la anatomía y fisiología, las diferentes técnicas quirúrgicas de cada procedimiento a realizar así como la evolución histórica de las mismas, estar actualizado respecto de las indicaciones y complicaciones más frecuentes, saber como evitar que tales complicaciones se presenten y tener alta capacidad resolutive en el momento que éstas acontecen para salvaguardar la vida de las pacientes que se confían a un determinado procedimiento quirúrgico.

Dentro de la cirugía abdominal denominada mayor, la Histerectomía Total Abdominal es de las más frecuentes en la actualidad ocupado en los Estados Unidos de Norteamérica el primer lugar por encima de la amigdalectomía, la Cesárea, la Salpingoclasia entre otras. Por ésta razón el médico Gineco-Obstetra está obligado a conocer a la perfección las indicaciones y complicaciones de la misma, el manejo preoperatorio y postoperatorio de aquellas pacientes con riesgo elevado para disminuir la morbilidad y mortalidad de ésta operación que es la última cirugía a realizar en padecimientos ginecológicos y la que seguramente ha de mejorar la calidad de vida de las pacientes que se someten a éste procedimiento terapéutico.

En la actualidad las indicaciones para la realización de la Histerectomía Total Abdominal se han ampliado sustancialmente, siendo algunas para el tratamiento de padecimientos benignos, hasta aquellas para el tratamiento de procesos malignos del cuerpo o sus anexos.

Objetivo:

Conocer la frecuencia de las indicaciones y -
complicaciones de la Histerectomía Total Abdominal en -
la actualidad en él Hospital de Gineco-Obstetricia No.3
del Centro Médico "La Raza".

Antecedentes científicos.

La Histerectomía fué llevada a cabo solo muchos años después que la Oforectomía y cuando ésta ya constituía una operación frecuente y acompañada de cierto éxito. En 1843, Charles Clay, de Manchester extirpó un útero fibroso, pero la paciente falleció al quinceavo día post-operatorio. La primera extirpación de un útero con éxito tuvo lugar diez años después en Massachusetts por Walter Burnham en 1853, pero después de quince casos operados solo le sobrevivieron tres pacientes (1). Posteriormente Freund de Bresleau en 1878 realizó también con éxito la Histerectomía Abdominal. En 1885 Clark, Rumpf y Ries independientemente describieron y practicaron la Histerectomía radical para el tratamiento del cáncer del cérvix. A inicios de éste siglo, Wertheim, Baldwin, Kelly, Meigs, Richardson, Peham, Amreich y más recientemente TeLinde, Counseller y Aldridge hicieron aportes sustanciales para mejorar las técnicas operatorias, así como la morbilidad y mortalidad de éste procedimiento quirúrgico (2,3).

En la actualidad las indicaciones para realizar la Histerectomía se han ampliado, desde las que se llevan a cabo para el tratamiento de padecimientos benignos hasta aquellas para tratar procesos malignos del cuerpo y sus anexos. También se ha realizado con fines de limitar la procreación aunque por el momento ésta es una indicación en amplia controversia entre diferentes autores lo mismo que la Histerectomía electiva con fines profilácticos con respecto a la presentación de cáncer en el útero. En las series más amplias publicadas sobresalen la miomatosis, la hemorragia uterina disfuncional, la enfermedad infla-

matoria pélvica crónica, el cáncer cervicouterino y la endometriosis como las principales y más frecuentes indicaciones para la realización de la Histerectomía. (2,3-14).

Respecto a la morbilidad de la Histerectomía en las series publicadas existen rangos que van desde un 34% hasta un 81%. La mortalidad de la misma en la literatura revisada no rebasa más allá del 1% (2,4-13,18,19), siendo en algunos trabajos hasta del 0%.

matoria pélvica crónica, el cáncer cervicouterino y la endometriosis como las principales y más frecuentes indicaciones para la realización de la Histerectomía. (2,3-14).

Respecto a la morbilidad de la Histerectomía en las series publicadas existen rangos que van desde un 34% hasta un 81%. La mortalidad de la misma en la literatura revisada no rebasa más allá del 1% (2,4-13,18,19), siendo en algunos trabajos hasta del 0%.

Planteamiento del problema:

Por ser la Histerectomía Total Abdominal una de las cirugías mayores más frecuentemente realizada en la actualidad, el especialista en el área de Ginecología y Obstetricia se ve obligado a estar constantemente actualizado respecto de las indicaciones, técnica operatoria y las complicaciones más frecuentes de la misma, con la finalidad de evitar que estas se presenten, saber resolverlas en su momento y optimizar los resultados de un acto quirúrgico en beneficio de la paciente.

Por tal motivo realizamos una revisión de las indicaciones y la morbilidad de la Histerectomía en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 C.M. La Raza, con la finalidad de actualizar estos conocimientos y realizar comparaciones con los hallados por otros autores del mismo medio y el ámbito internacional.

Hipótesis:

Verdadera: Las indicaciones para la Histerectomía abdominal no han cambiado sustancialmente, pero han disminuido las complicaciones de la misma en el H.G.O. 3 CMR.

Nula: Las indicaciones y complicaciones para la Histerectomía Abdominal en el H.G.O. 3 CMR no han cambiado.

Alternativa: Las indicaciones y complicaciones de la Histerectomía abdominal en el H.G.O. 3 CMR han cambiado en la actualidad en relación a reportes previos.

Material y métodos:

Se revisaron en forma retrospectiva trescientos casos de pacientes sometidas a Histerectomía Total abdominal escogidas al azar de las histerectomías realizadas de agosto de 1987 a agosto de 1988 en el H.G.O. 3 del Centro Médico La Raza.

De cada caso se analizaron la edad, peso, paridad, Antecedentes quirúrgicos abdominales ya por patología ginecológica y no ginecológica, enfermedades sistémicas concomitantes, normalidad o anormalidad en los exámenes de laboratorio realizados preoperatoriamente, riesgo anestésicoquirúrgico, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico histopatológico, técnica quirúrgica empleada, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, mortalidad, tipo de anestesia administrada, días estancia por paciente y el uso de antibióticos y su relación con la presentación de complicaciones infecciosas. Estos parámetros se correlacionaron con la finalidad de establecer su posible influencia sobre la presentación de complicaciones y en la realización de la técnica operatoria.

Finalmente se realizó un análisis comparativo de la morbilidad y mortalidad encontrada por otros autores en nuestro medio, en otros centros hospitalarios nacionales y extranjeros.

Resultados:

Edad: Con una media de 43.5 años de edad y con rango de 23 a los 78 años se agruparon a las pacientes por década de la vida. En el momento de realizar la Histerectomía el 85% de las pacientes estuvieron entre la cuarta y quinta década de la vida (gráfica No. 1). Este hallazgo concuerda con lo publicado con la generalidad de autores.

Peso: Dadas las posibilidades de alimentación de nuestra - población derechohabiente, en el 73% de las pacientes estudiadas se encontraron los siguientes grados de obesidad; grado I el - 29.6%, grado II el 19%, grado III el 24.6% y solo el 26.3% de - las pacientes se encontraron con un peso normal.

Paridad: El 44.3% de las pacientes fueron grandes múltiparas (más de 5 gestaciones), de las trescientas pacientes estudiadas solo 22 fueron nuligestas correspondiendo al 7.3% (gráfica - No. 2).

Antecedentes quirúrgicos: Ciento ochenta y una pacientes - tuvieron una o más cirugías abdominales previas siendo la salpinxoclasia bilateral la más frecuente, seguida por la Cesárea y la apendicectomía (cuadro No.1). Como dato de interés en el 12.3% - de las pacientes con antecedentes de cirugía previa se encontraron procesos adherenciales, comparativamente solo en el 1.3% de - las pacientes sin cirugía previa se encontraron adherencias.

Enfermedades asociadas: Dado que en el H.G.O. 3 del C.M.R. se atienden pacientes procedentes de hospitales de segundo nivel con riesgo anestésico-quirúrgico elevado, se encontró en el 53% -

de las pacientes enfermedades sistémicas dentro de las cuáles - la Hipertensión arterial sistémica crónica se encontró en 62 pa cientes, Insuficiencia venosa periférica con 26 casos, Diabetes Mellitus tipo II con 20 casos y la cardiopatía reumática inactiva con 12 casos fueron las cuatro más frecuentes; otras se enumeran en el cuadro No. 2.

Exámenes Preoperatorios: En el 37% de las pacientes se encontraron alterados los exámenes preoperatorios siendo el más - frecuente el exudado cervicovaginal con 44 casos, se encontró - anemia en 35 pacientes, de las cuáles 27 fueron transfundidas - preoperatoriamente, en promedio se les administraron 588 ml. de concentrado globular, las otras 8 pacientes restantes fueron - tratadas con hematínicos. En las pacientes diabéticas la hiperglucemia y los datos de infección de vías urinarias también estuvieron presentes (cuadro No. 3), en tres pacientes se encon- traron alteradas las pruebas de coagulación. Todos los trastornos encontrados se corrigieron antes de realizar la interven- ción quirúrgica, mejorando así el pronóstico y el éxito en la - cirugía.

Riesgo anestésico: Al 56.6% de las pacientes se les otorgó EF IIB, al 30.6% EF IIIB, valoraciones acorde a la edad y enfermedades asociadas en las pacientes revisadas (cuadro No. 4).

Diagnóstico preoperatorio: La principal indicación para - la realización de Histerectomía fué la miomatosis, indicación - compartida por todos los autores como se muestra en el cuadro - No. 5, en el presente estudio el 45.6 por ciento fueron pacientes con miomatosis, la segunda indicación en frecuencia fué la la

miomatosis con datos clínicos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica Crónica con 15.6%, la E.I.P.C. en tercer lugar con 13.66% y en cuarto lugar el Cáncer cervicouterino en etapa 0 con 12% de los casos. Estas indicaciones y su frecuencia están acordes con las publicadas por otros autores de trabajos previos. En algunos trabajos se incluye a la Hemorragia Uterina - Disfuncional como indicación frecuente, hecho que no ocurrió en la revisión actual, otras indicaciones menos frecuentes se enlistan en el cuadro No. 6.

Diagnóstico Histopatológico: Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron: La cervicitis quística crónica con 254 casos, miomatosis 164 casos, datos histológicos de enfermedad inflamatoria pélvica crónica (dilatación de linfáticos y trayectos venosos, hipertrofia de la capa media arteriolar y fibrosis de la íntima en vasos venosos), con 76 casos, Adenomiosis con 61 casos, del total de éstos solo clínicamente se sospecho este padecimiento en una paciente, de los 36 casos de CaCu in situ, en 3 casos se encontro que se trataba de CaCu invasor, y el resto correspondió a CaCu in situ (estadio clínico 0), en 18 casos se encontro al útero como un órgano sano, la hiperplasia endometrial se encontró en 9 casos, Adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado 5 casos, infección por virus del papiloma humano en 7 casos, endometriosis en 4 casos, en la mayoría de los ovarios extirpados por presentar quistes, éstos se diagnosticaron como de tipo folicular, hubo además 9 casos de cistadenoma con predominio de los de tipo seroso, se encontraron además dos casos de teratoma maduro, otros hallazgos se enlistan en el cuadro No. 7.

En el 86% de los casos hubo correlación anatomoclínica. -

Es de importancia hacer notar que en los casos de adenomiosis, solo en un caso se tuvo la sospecha clínica, aunque no fué ésta la indicación para realizar la histerectomía, de los 61 casos - de adenomiosis, 29 estuvieron asociados a miomatosis y 11 casos a la enfermedad inflamatoria pélvica crónica; los 21 casos restantes histológicamente solo presentaron lesiones de adenomiosis, de éstos 12 casos se operaron con diagnóstico preoperatorio de miomatosis y 9 con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica crónica. La adenomiosis estuvo presente en el 20.3 por ciento de todos los casos revisados y es una entidad clínica en la que debe pensarse al establecer el diagnóstico preoperatorio.

Otro hallazgo de importancia es en el caso del CaCu, ya que en los casos revisados se encontraron siete casos de lesión neoplásica in situ residual posterior a la conización cervical, la cuál se realiza como norma de protocolo en nuestro hospital, por lo que no se debiera considerar como medida terapéutica para ésta entidad sino como un paso en el manejo de ésta patología - que precede a la realización de la histerectomía que en el caso debiera realizarse con técnica extrafascial.

Técnica operatoria: La técnica intrafascial se realizó en el 87% de los casos (261 casos), los restantes 39 casos con técnica extrafascial 13%, la mayoría indicada por CaCu in situ.- En el 48% de los casos se realizó otro tipo de cirugía, siendo la salpingooforectomía bilateral realizada en 45 casos, la salpingooforectomía unilateral se realizó en 54 casos, la operación de Marshal Marchetti Kranz se realizó en 12 casos, la colpoperineoplastia con plastia subretrovesical se realizó tam-

bién en 12 casos, en 7 casos se realizó miomectomía previa a la histerectomía, ésta es una media auxiliar cuando el campo operatorio intra-abdominal se ve reducido dificultando así la técnica operatoria, también se realizaron otros tipos de cirugía, algunos no fueron de orden ginecológico (cuadro No. 8). La cirugía asociada encontrada en éste trabajo se asemeja y está dentro de la frecuencia publicada en otros trabajos.

Morbilidad: En 109 de las pacientes hubo complicaciones, correspondiendo al 36.44% del total de los casos revisados. Las complicaciones transoperatorias se presentaron en 42 casos, -- siendo el sangrado mayor de 500 ml. la complicación más frecuente con 35 casos, se considera a éste sangrado como complicación por corresponder al 10% del volumen circulatorio y no como en -- otros trabajos donde se considera como complicación solo aquellos sangrados mayores a 1000 ml. En el total del grupo de las 35 pacientes solo se transfundieron 12 con un promedio de volumen de paquete globular transfundido de 575 ml, el resto de pacientes se manejaron con hemafínicos durante el postoperatorio mediato. Solo 7 pacientes en el presente trabajo presentaron un sangrado mayor a 1000 ml. Otras complicaciones transoperatorias fueron; 2 casos de lesión vesical, 1 caso de laceración de mucosa de rectosigmoides, 1 caso de lesión de vena iliaca interna -- al realizar una ligadura de arteria hipogástrica, mismo caso -- que presento shock hipovolémico, laceración de ovario y lesión de intestino delgado ambas con un caso. (cuadro No. 9).

Las complicaciones postoperatorias estuvieron presentes -- en 67 casos, (cuadro No. 10), correspondiendo al 22.3% de las -- estudiadas, de éstas dos fueron inmediatas correspondiendo a --

sangrado de la cúpula vaginal y 1 caso de insuficiencia respiratoria que amerito ventilación mecánica en sala de cuidados intensivos. De las complicaciones postoperatorias mediatas las más frecuentes fueron; síndrome febril de origen desconocido 12 casos, absceso de cúpula 10 casos, dehiscencia parcial de herida quirúrgica 11 casos, infección de vías urinarias 11 casos. - Hubo tres casos de fistulización, las cuáles fueron ureterovaginal, vesicovaginal y una enterocutánea en los dos casos previos la histerectomía se realizó con técnica extrafascial, otras complicaciones se enlistan en el cuadro No. 10.

Mortalidad: No hubo casos de defunción en los 300 casos -
revisados.

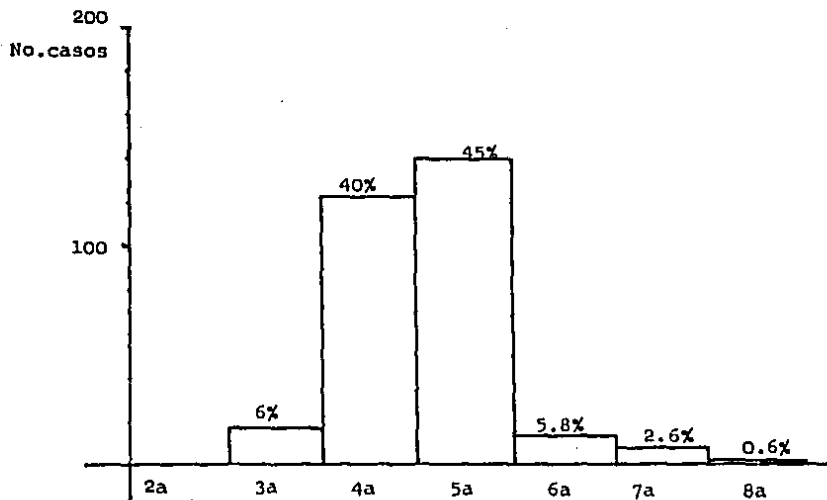
Días estancia: El promedio de estancia hospitalaria correspondió a 6 días, siendo la estancia mínima de 4 días y la máxima de 27 días. Hubo 11 reingresos de pacientes complicadas.

Método Anestésico: El más utilizado fué de anestesia general balanceada con 284 casos correspondiendo al 94.66%, para el bloqueo peridural 13 casos 4.33% y en tres casos se emplearon - ambos métodos iniciando con el bloqueo peridural y posteriormente se cambió a la general balanceada 1% de los casos.

Uso de antibióticos: En 237 pacientes se utilizaron antibióticos en el postoperatorio en éste grupo se presentaron 24 - casos de complicaciones infecciosas, en el grupo que no recibió antibiótico solo 2 casos presentaron procesos infecciosos.

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía
Total Abdominal.

Gráfica No. 1 Grupos de edad por década de
la vida.



Década de la vida.

Edad mínima 23 años.

Edad máximo 78 años.

Edad Promedio 43.5 años.

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Total Abdominal.

Cuadro No. 5 Principales indicaciones según diversos autores, y No. de casos.

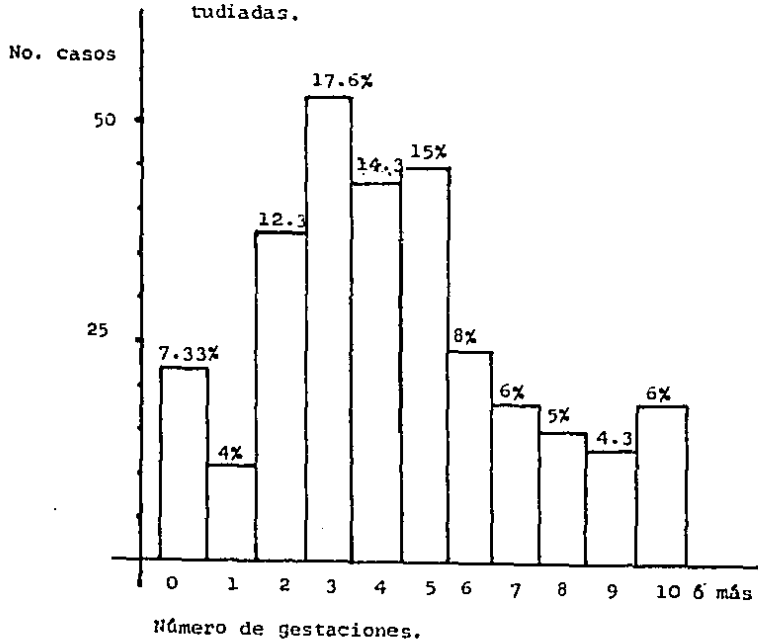
Autor	Año	Miomatosis	* H.U.D.	**E.I.P.C.	CaCu in situ	Endometriosis
Ramírez S.	1968	216	-	-	15	16
Delgado.	1969	216	40	-	-	10
White.	1970	115	38	-	19	-
Bravo S.	1972	1388	83	-	106	52
Hava.	1973	410	27	-	22	20
Amickio.	1979	2941	326	86	270	860
Delgado.	1982	255	2	-	3	5
Dicker.	1982	517	228	92	75	101
Reyna.	1986	146	35	58	-	-
Flores.	1988	137	-	41	36	4

* Hemorragia uterina disfuncional.

**Enfermedad inflamatoria pélvica crónica.

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía
Total Abdominal.

Gráfica No. 2 Paridad de las pacientes es-
tudiadas.



Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Total -
Abdominal.

Cuadro No. 1 Antecedentes quirúrgicos abdominales Gineco-
lógicos y no Ginecológicos.

Evento quirúrgico	No. casos	%
Salpingoclasia bilateral	113	37.6
Cesárea	61	20.3
Apendicectomía	41	13.6
Laparotomía exploradora	26	8.6
Colecistectomía	15	5.0
Hernioplastia	13	4.3

En total 181 pacientes tenían antecedente de una o más -
intervenciones quirúrgicas.

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total - abdominal.

Cuadro No. 2 Enfermedades concomitantes en las pacientes sometidas a la H.T.A.

Padecimiento	No. casos	%
Hipertensión arterial sistémica	62	20.66
Insuficiencia venosa periférica	26	8.66
Diabetes Mellitus tipo II.	20	6.66
Cardiopatía reumática inactiva	12	4.0
Epilépsia	4	1.33
Artritis reumatoide	4	1.33
Adenoma hipofisiario	3	1.0
Mastopatía fibroquistica	3	1.0
Bronquitis asmáticaforme	2	0.66
Enfermedad vascular cerebral	2	0.66
Cardioangioesclérosis	2	0.66
Hipertiroidismo (controlado)	2	0.66
Púrpura trombocitopénica	1	0.33
Alcoholismo crónico	1	0.33
Ezquisofrenia	1	0.33
Izquemia subendocárdica	1	0.33
Persistencia de conducto arterioso	1	0.33
Asma bronquial	1	0.33
Síndrome de Cushing	1	0.33
Riñón poliquístico	1	0.33
Tuberculosis renal	1	0.33
Hipotiroidismo secundario	1	0.33
Síndrome de Wolf Parkinson White	1	0.33
Lupus eritematoso sistémico	1	0.33
Pielonefritis	1	0.33
Sacroileitis	1	0.33
Insuficiencia renal crónica	1	0.33
TOTAL	159	53.00%

Indicaciones y complicaciones de la: Histerectomía total abdominal.

Cuadro No. 3 Exámenes preoperatorios.

Hallazgos	No. casos	%
Anemia	35	11.66
Cervicovaginitis	43	14.33
Hiperglicemia	15	5.0
Infección de vías urinarias	14	4.66
Trastornos de coagulación	3	1.0
Insuficiencia renal (Urea y creatinina elevadas)	2	0.66
TOTAL DE ANORMALES	112	37.0%

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total - abdominal.

Cuadro No. 4 Riesgo y Anestésico-quirúrgico otorgado a - las pacientes sometidas a Histerectomía.

RIESGO ANESTESICO-QUIRURGICO				
Edo. Físico	IB	IIB	IIIB	IVB
No. Casos	34	170	92	4
Porcentaje	11.3	56.6	30.6	1.3

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total - abdominal.

Cuadro No. 6 Diagnóstico preoperatorio.

Indicación	No. casos	%
Miomatosis	137	45.66
Miomatosis y E.I.P.C.	47	15.66
E.I.P.C.	41	13.66
Ca Cu in situ	36	12.0
Tumor de ovario	5	1.66
Adenocarcinoma de endometrio	5	1.66
Hiperplasia de endometrio con atipia	5	1.66
Miomatosis e hiperplasia de endometrio	4	1.33
Miomatosis y quiste de ovario	4	1.33
Endometriosis	4	1.33
Miomatosis y perforación uterina	2	0.66
Displasia cervical severa	2	0.66
Miomatosis y Ca Cu in situ	1	0.33
Miomatosis vs. Sarcoma uterino	1	0.33
Miomatosis y colecistitis aguda	1	0.33
E.I.P.C. e hiperplasia de endometrio	1	0.33
E.I.P.C. y quiste de ovario	1	0.33
E.I.P.C. y endometriosis	1	0.33
Dismenorrea severa	1	0.33
Cáncer de ovario	1	0.33
TOTAL	300	100.00%

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Total Abdominal.

Cuadro No. 7 Diagnóstico Histopatológico.

Diagnóstico	No. casos	%
Cervicitis crónica quística	254	84.6
Miomatosis	164	54.6
*Datos Histológicos de congestión pélvica crónica.	76	25.3
Quistes foliculares de ovario	57	19.0
Adenomiosis	61	20.0
Ca Cu in situ	33	11.0
Ca Cu invasor	3	1.0
Miometrio sano	18	6.0
Hiperplasia de endometrio	9	3.0
Cistadenoma seroso	7	2.3
Cistadenoma mucinoso	2	0.66
Adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado	5	1.66
Endometriosis	5	1.66
Endometrioma	4	1.33
Adenomioma	3	1.0
Teratoma maduro	2	0.66
Sarcoma endometrial	1	0.33
Infección por virus del papiloma humano	7	2.3
Anglioleiomioma	1	0.33
Hidrosalpinx	3	1.0
Salpingitis	3	1.0
Pólipo endometrial	2	0.66
Pólipo endocervical	2	0.66
Piosalpinx	1	0.33
Hematosalpinx	"	"
Displasia moderada	"	"
Displasia severa	"	"
Endometritis Aguda y crónica	"	"
Miometritis crónica	"	"
Inflamación crónica de apéndice	"	"
Colecistitis crónica litiásica	"	"
Peritonitis	"	"

* Dilatación de linfáticos y trayectos venosos, hipertrofia de la capa media arteriolar y fibrosis de la íntima de vasos venosos.

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total abdominal:

Cuadro No. 8 Cirugía asociada a la Histerectomía.

Cirugía realizada	No. casos	%
Salpingooforectomía bilateral	45	15.0
Salpingooforectomía izquierda	30	10.0
Salpingooforectomía derecha	24	8.0
Marshal Marchetti Kranz	12	4.0
Colpoperineoplastia y plastia de Kelly	12	4.0
Miomectomía	7	2.66
Salpingectomía	3	1.0
Cuña de ovarios	3	1.0
Apendicectomía	2	0.66
Hernioplastia umbilical	2	0.66
Colecistectomía	1	0.33
Exéresis de Ca. Basocelular de vulva	1	0.33
Exéresis de quiste de ovario	1	0.33
Exéresis de quiste paratubario	1	0.33
TOTAL	144	48.0%

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total abdominal.

Cuadro No. 9 Complicaciones transoperatorias.

Complicación	No. casos	%
Sangrado mayor a 500 ml.	35	11.66
Lesión vesical	2	0.66
Lesión de serosa de rectosigmoides	1	0.33
Lesión vena ilíaca interna	1	0.33
Lesión de intestino delgado	1	0.33
Laceración de ovario izquierdo	1	0.33
Shock hipovolémico	1	0.33
TOTAL	42	14.0%

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total abdominal.

Cuadro No. 10 Complicaciones postoperatorias.

Complicación	No. casos	%
Inmediatas:		
Sangrado de cúpula	2	0.66
Insuficiencia respiratoria	1	0.33
Mediatas: ;		
Hipertermia de origen no conocido	12	4.0
Absceso de cúpula	10	3.33
Dehiscencia parcial de herida quirúrgica	11	3.66
Anemia	3	1.0
Hematoma de pared	2	0.66
Celulitis pélvica	2	0.66
Estreñimiento	2	0.66
Hematoma de cúpula	1	0.33
Infección de vías urinarias	11	3.66
Granuloma de cúpula	3	1.0
Fistula ureterovaginal	1	0.33
Fistula vesicovaginal	1	0.33
Fistula enterocútanea	1	0.33
Neumonía basal izquierda	1	0.33
Compresión de nervio femorocutáneo	1	0.33
Cérvix residual	1	0.33
TOTAL	67	22.33

Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía total abdominal.

Cuadro No. 11' Diversas tasas de Morbimortalidad en trabajos sobre Histerectomía.

Autor	Año	No. casos	Morbilidad	-Mortalidad
Ramírez Soto	1965	300	80.0%	3 casos
Delgado	1968	300	48.0	-
White	1970	600	81.0	3 casos
Bravo S.	1972	2296	55.0	8 casos
Nava	1973	500	50.4	4 casos
Emil F. Cava	1974	140	37.3	1 caso
Amirikia	1979	4228	34.0	12 casos
Delgado U.	1982	300	50.6	-
Reyna	1986	300	35.0	-
Flores	1988	300	36.3	-

Discusión: La edad por década de la vida encontrada en el presente trabajo corresponde a lo publicado en trabajos previos, siendo la quinta década donde queda ubicada la edad promedio. - Otros factores analizados como el peso, múltiparidad, y antecedentes quirúrgicos en su momento dado dificultan la técnica operatoria, pero no incrementan significativamente las tasas de morbilidad (9). Esto es en parte debido al mejoramiento en las técnicas, anestésicas y a una mejor formación médico quirúrgica, así como del manejo adecuado de las enfermedades intercurrentes en el preoperatorio para optimizar las condiciones generales de las pacientes.

Las indicaciones comunes compartidas por los diversos autores (4-10,11,12) estuvieron presentes en éste estudio, típicamente la miomatosis es la indicación más frecuente, las otras tres más frecuentes fueron la Enfermedad Inflamatoria Pélvica crónica, el Cáncer cervicouterino en etapa 0 en in situ y una combinación de las dos primeras.

Se encontró correlación anatomoclínica en el 86 por ciento de los casos y solo en 18 casos se encontró al útero sano. - Como dato a considerar es que la mayoría de ovarios extirpados por presentar quistes, éstos fueron reportados como foliculares, debiendo tomarse en cuenta éste dato antes de decidir la extirpación en futuras intervenciones y normado por las dimensiones de los mismos y al aspecto que muestren a la vista. Otro hallazgo fué la alta incidencia de adenomiosis la cuál estuvo presente en más del 20% de los casos y fué una entidad que figuró notablemente en las indicaciones para realizar la Histerectomía, por lo que debe tenerse siempre presente como posibilidad diagnóstica para el futuro.

La histerectomía realizada con técnica intrafascial o subfascial originalmente descrita por Aldrich por lo menos en su parte esencial y que con mucho es la que se emplea más frecuentemente en comparación con la extrafascial o clásica y la cuál brinda mayor seguridad en relación a los ureteros y de la vejiga, la cuál se rechaza limitadamente y los ligamentos cardinales y uterosacros son tomados por dentro de la fascia y que además permite una buena reestructuración de la fascia endopélvica dando un soporte adecuado a la cúpula vaginal, se realizó en el presente estudio en el 87% de los casos, cifra alejada de reportes previos en los cuales por arriba del 90% de los casos fueron operados con ésta técnica (7). Al respecto existe una publicación en la cuál comparativamente ambas técnicas no guardan diferencia significativa estadísticamente en cuanto a la presentación de complicaciones (9). El total de casos intervenidos con técnica extrafascial en presente estudio abarcó, el 13% y dentro de éste grupo se presentaron dos casos de fístulas, una uretero vaginal y otra más vesicovaginal. Lo cuál justifica el realizar la técnica intrafascial por los beneficios ya mencionados; Cabe aclarar que ésta es la técnica indicada para tratar al CaCu in situ y que éste estuvo presente en 36 pacientes incluidas en el estudio. La salpingooforectomía bilateral fué la operación que se realizó más frecuentemente en asociación a la histerectomía datos acorde a lo publicado por otros autores.

En cuanto a la morbilidad, con respecto a un trabajo previo de nuestro medio hospitalario (7) la encontrada en éste estudio se encuentra por debajo 36.3% en comparación a 50.4% y dentro de los rangos bajos considerando lo reportado por otros autores (4-10,11,12), (cuadro No. 11). En los casos complicados

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29

en éste estudio se incluye como complicación: transoperatoria al sangrado mayor de 500 ml. Aunque no haya ameritado hemotransfusión, por corresponder ésta cantidad al 10% del volumen circulante; en otros trabajos publicados solo consideraron como complicación los sangrados mayores a 1000 ml. incluyéndolos en su tasa de morbilidad (7). Las complicaciones infecciosas fueron las más frecuentes en el postoperatorio, seguidas por el síndrome febril de origen no determinado. El uso de antibióticos en la mayor parte de los casos no demostró ninguna ventaja en la prevención de las complicaciones infecciosas ya que fué el grupo mayormente afectado. Mejorando la técnica operatoria y los métodos de antisépsia y asépsia se podrá disminuir la incidencia de éstas complicaciones. En los casos revisados no hubo de funciones, a éste respecto es importante mencionar que la tromboembolia pulmonar es una causa frecuente de muerte en pacientes posthisterectomizadas según los reportes previos, por lo tanto siempre deberán adoptarse las medidas preventivas para evitar ésta complicación sobre todo con pacientes con factores de riesgo.

CONCLUSIONES :

1.- Las indicaciones para la Histerectomía total abdominal siguen siendo sustancialmente las mismas con diferencia de la enfermedad inflamatoria pélvica crónica la cuál es un reporte previo con material del H.G.O 3 C.M.R. no se menciona, y se incluye a la hemorragia uterina disfuncional, mientras que en el trabajo actual no se incluyeron casos con éste diagnóstico preoperatorio. Las indicaciones más frecuentes fueron la miomatosis, la enfermedad inflamatoria pélvica y el Cáncer cervicouterino in situ estas indicaciones son compartidas por la generalidad de autores - de otros centros hospitalarios nacionales y extranjeros.

2.- La morbilidad actual para la Histerectomía total abdominal en nuestro centro hospitalario ha disminuido en base a los resultados obtenidos en comparación con la reportada 50.4% al -- 36.3%, siendo en ambos trabajos el sangrado la complicación - transoperatoria más frecuente y las infecciosas las más comunes_ en el postoperatorio. No hubo mortalidad en los 300 casos revisados en el trabajo actual.

3.- Se encontro una correlación anatomoclínica en el 86% - de los casos, en comparación hubo 37.2% de error en el diagnóstico preoperatorio presuncional en el trabajo publicado con casos_ de nuestro hospital.

4.- Las complicaciones de sangrado transoperatorio y las - infecciosas en el postoperatorio se podran reducir si mejoramos_ la técnica operatoria y los métodos de antisépsia y asépsia en - el momento de preparar el campo operatorio y al instalar los catéteres vesicales.

5.- La adenomiosis es una entidad que deberá tomarse en cuenta como posibilidad diagnóstica preoperatoria por su alta incidencia en los reportes de histopatología.

6.- Sin duda la Histerectomía adecuadamente indicada y efectuada puede tener un beneficio enorme en pacientes bien informadas que sufren síntomas o enfermedades ginecológicas. Nunca debe hacerse, sin embargo, sin las indicaciones apropiadas.- En el análisis final debemos recordar que las indicaciones para los procedimientos quirúrgicos caen en tres amplias categorías:

Salvar la vida

Aliviar el sufrimiento

Corregir las deformidades.

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

- 1.- Telinde Richard W. TELINDE'S OPERATIVE & GYNECOLOGY.
Fifth ed. Winsconsin U.S.A. EL ATENEO, 1980: 3-4.
- 2.- Gray LA. Open cuff method of abdominal hysterectomy.
Obstet Gynecol 146: 42;46, 1974.
- 3.- Thompson JD, Birch HW. Indicaciones para la histerectomía.
Clin Obstet Gynecol 24: 1245, 1981.
- 4.- Soto ER. Histerectomía abdominal. Ginec Obstet Mex
21: 573-580, 1965.
- 5.- Delgado J, Castro F, Soto ER. Indicaciones y complicaciones
de la histerectomía abdominal y vaginal. Ginec Obstet Mex
26: 183-189, 1969.
- 6.- Bravo J y cols. La morbimortalidad en la histerectomía ab-
dominal y en histerectomía vaginal. Ginec Obstet Mex 33:
505-517, 1973.
- 7.- Nava R, Bravo J. Morbimortalidad en la histerectomía abdomi-
nal. Ginec Obstet Mex 34: 337-360, 1973.
- 8.- Delgado J, Gasque F, Marín R, Magaña R. Histerectomía abdo-
minal, estudio de 300 casos. Ginec Obstet Mex 50: 57-62, 19
1982.
- 9.- Reyna R, Esparza Ma, Hernández C. Histerectomía abdominal -
extrafacial vs. subfacial, estudio comparativo. Ginec Obs-
tet Mex 54: 236-240, 1986.

- 10.- White SC, Wartel LJ, Wade ME. Comparison of abdominal and vaginal hysterectomies. A review of 600 operations. *Obstet Gynecol* 37: 530-536, 1971.
- 11.- Cava EF. Hysterectomy in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 122: 434-438, 1975.
- 12.- Amirikia H, Evans TM. Ten-year review of hysterectomies: - Trends, indications, and risks. *Am J Obstet Gynecol* 134: - 431-437, 1979.
- 13.- Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB, Destefano F, Ory W. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive - age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 144: 841-848 1962.
- 14.- Easterday CL, Grimes DA, Riggs JA. Hysterectomy in the - United States. *Obstet Gynecol* 62: 203-212, 1983.
- 15.- Wrigth RC. Hysterectomy: Past, present, and future. *Obstet Gynecol* 33: 560-563, 1969.
- 16.- Cole P, Berlin J. Elective Hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 129: 117-123, 1977.
- 17.- Parrot MH. Elective hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 113: 531-540, 1972.
- 18.- Gallo D. Implicaciones psicológicas relacionadas con la -- hysterectomia. *Ginec Obstet Mex* 26: 437-444, 1969.

- 19.- Flores O, Martínez M, Alemán C, Martínez S, Lepe F, Sánchez S. Evaluación clínica y psicosexual de la paciente histerectomizada. Ginec Obstet Mex 38: 171-176, 1975.