



11257  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

Hospital de Especialidades del  
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

COMPLICACIONES DE CIRUGIA GINECOLOGICA  
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N.  
SIGLO XXI

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN :  
CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A :

**DRA. BEATRIZ GOMEZ PEREZ**

DIRECTOR DE TESIS,  
**Dr. Juan Antonio Mier y Díaz**

México, D. F.

**FALLA DE ORIGEN**

1991



## **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.	<u>GENERALIDADES</u> .....	1
	A. ANATOMIA GINECOLOGICA QUIRURGICA.....	2
	a). Visceras de la pelvis.....	2
	b). Irrigación.....	7
	c). Circulación colateral.....	10
	d). Linfáticos.....	10
	e). Inervación.....	11
	B. HISTORIA Y DESARROLLO DE LA CESAREA..	12
	a). Origen del término.....	12
	b). Complicaciones.....	15
	C. HISTERECTOMIA.....	20
	a). Indicaciones de urgencia.....	21
	b). Indicaciones electivas.....	21
	c). Complicaciones.....	21
	D. TORSION DE ANEXOS.....	24
	E. EMBARAZO ECTOPICO.....	26
	F. RUPTURA UTERINA.....	28
	G. PERFORACIONES POR DIU.....	29
II.	<u>OBJETIVOS</u> .....	31
III.	<u>MATERIAL Y METODOS</u> .....	33
IV.	<u>RESULTADOS</u> .....	35
V.	<u>DISCUSION</u> .....	42
VI.	<u>CONCLUSIONES</u> .....	47
VII.	<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	49

## I. GENERALIDADES

A. ANATOMIA GINECOLOGICA QUIRURGICA

Para el cirujano el conocimiento de la anatomía pélvica y sus relaciones exactas viscerales y parietales, es esencial como la pericia diagnóstica y técnica.

Tratamos de exponer ciertos detalles anatómicos que deben ser parte de los conocimientos fundamentales de todo cirujano. Estos conocimientos comprenden los planos y espacios pélvicos, las íntimas relaciones entre los tractos urinario, reproductivo y gastrointestinal así como la circulación sanguínea de la pelvis femenina.

a). VISCERAS DE LA PELVIS.

El tracto reproductivo femenino se halla interpuesto entre la vejiga adelante y el recto atrás. Por lo que no se puede contemplar un proceso patológico en un órgano que no tenga potencial para afectar a otros órganos. El ligamento ancho que linda con el útero y estructuras subyacentes, corre desde los márgenes laterales del útero hasta la pared lateral de la

pelvis. Sus bordes superiores contienen tres estructuras divergentes, de las cuales la más anterior es el ligamento redondo, que corre hacia afuera y adelante para llegar al anillo inguinal abdominal y terminar en los labios mayores. La estructura más posterior es el ligamento ovárico, que se inserta en la hoja posterior del ligamento ancho y va desde el polo uterino del ovario hasta el costado del útero, justo debajo del origen de la trompa de Falopio, junto al mesoovario está el ligamento suspensor del ovario o ligamento infundibolopélvico, que se extiende hacia afuera entre las dos capas del ligamento ancho, desde el extremo tubárico del ovario hasta la pared lateral de la pelvis. Este ligamento forma la porción lateral del borde libre de ambos ligamentos anchos, la más central y superior de las tres estructuras que corren por el borde superior del ligamento ancho es la trompa de Falopio, que consta de cuatro partes de las cuales la primera es el infundíbulo, dilatación infundibuliforme que se abre en la cavidad abdominal por medio del ostium externo, formada por las fimbrias. la segunda porción es la ampolla que se estrecha progresivamente hasta terminar en la tercera porción que es el ítsmo, la cuarta porción es la intramural que atraviesa la pared uterina y desemboca en la cavidad ute-

La vejiga es una estructura retroperitoneal situada detrás de la sínfisis pubiana y apoyada en la porción anterior del diafragma urogenital, la base de la vejiga se halla en íntima relación con el segmento inferior del útero y con el fórnix anterior de la vagina. El triángulo de la vejiga linda con el tercio superior de la vagina y está adelante del fórnix, mientras que el resto de la base vesical descansa íntimamente con el cuello y la porción inferior del útero. Por lo tanto, para diseccionar la vejiga y desprenderla del útero y del cuello uterino durante la histerectomía, la porción más vulnerable es la que se halla encima del triángulo. El peritoneo que cubre la pared superior y posterior de la vejiga se refleja sobre el segmento inferior del útero y se fusiona densamente con éste en su superficie serosa; este pliegue vesicouterino constituye el fondo del saco anterior de la pelvis. Los uréteres atraviesan la pared vesical y desembocan en la vejiga en los ángulos laterales y superiores del triángulo. Durante su derivación medial en el triángulo, los 3-4 cms terminales del uréter transitan delante del fórnix anterior desde una posición justo adyacente a la pared lateral de la vagina. En general el uréter

mide unos 25-30 cms en el adulto. El uréter abdominal mide de 13-15 cms y corre detrás del - peritoneo a lo largo de la cara anteromedial del músculo psoas para encaminarse hacia la pelvis, el borde medial del uréter derecho se halla íntimamente adosado al margen lateral de la vena cava, lo que dificulta la disección linfática paracaval y cruza la arteria iliaca primitiva en su bifurcación. El uréter pelviano mide 13 cms, pasa a lo largo de la cara posterolateral de la pelvis, por delante de la arteria hipogástrica, posteriormente vira hacia adelante y adentro pasando por fuera del ligamento uterosacro através del ligamento cardinal y debajo de la - arteria y venas uterinas más o menos 1.5 a 2 cms por fuera del orificio interno del cuello uterino. luego continúa en dirección medial 2-3 cms hasta que se sitúa íntimamente adosado al fórnix anterior de la vagina y transcurre hacia adentro en la base de la vejiga a nivel del trígono. Los puntos anatómicos críticos en donde puede ocurrir lesión ureteral son la yuxtaposición del ureter debajo de la arteria uterina, su trayecto medial a lo largo de la porción inferior del ligamento cardinal y del fórnix vaginal antes de entrar en la base de la vejiga, su tramo a lo largo del ligamento ancho, justo por - fuera del ligamento uterosacro y su posición a

lo largo de la cara medial del ligamento infundibolopélvico donde cruza el estrecho superior de la pelvis.

La porción inferior del colon sigmoideo corre hacia adentro hasta la línea media de la pelvis, donde entabla íntima relación con el útero y la vagina y se continúa con el recto hacia abajo de la reflexión peritoneal del fondo de saco de Douglas. Se halla íntimamente aplicado contra el fórnix posterior y la pared vaginal, de la cuál está separado con una fina capa de tejido areolar laxo. Es sostenido por los músculos elevadores del ano con sus porciones puborrectales. El peritoneo del fondo de saco es avascular, a menos que la disección llegue hasta los bordes laterales del recto, donde recibe su irrigación por los vasos hemorroidales inferiores.

El útero es sostenido en particular por la reflexión de la aponeurosis endopelviana en dos ligamentos principales; el cardinal y el uterosacro.

Antes de bifurcarse la aorta emite dos ramas importantes para las vísceras de la pelvis, la arteria ovárica y la mesentérica inferior. La arteria ovárica derecha pasa por delante de la vena cava y la porción inferior del uréter abdominal, donde acompaña a éste para entrar en la pelvis atravesando el ligamento infundibulopélvico. La arteria ovárica izquierda cruza el uréter justo después de nacer en la cara anterolateral de la aorta abdominal acompaña al uréter por fuera, cruza la bifurcación de la arteria iliaca primitiva en el estrecho superior de la pelvis y entra en el ligamento infundibulopelviano para ir a irrigar al ovario y comunicarse con una arcada que se fusionan con la arteria uterina en el ligamento ancho. El trayecto de ambas venas ováricas es distinto - porque la ovárica izquierda corre a lo largo de la superficie del músculo psoas hasta desembocar en la vena renal izquierda y la derecha acompaña al ligamento infundibulopélvico, cruza el estrecho superior de la pelvis, donde se dividen las arterias iliaca externa e hipogástrica. Luego prosigue su recorrido oblicuo hacia afuera a lo largo del borde medial del músculo psoas para pasar debajo de la porción medial del ligamento

inguinal, donde se continúa con el nombre de - arteria femoral. La arteria iliaca primitiva y externa izquierdas permanecen por fuera de la respectiva vena iliaca en todo su trayecto a lo largo de reborde de la pelvis antes de que la arteria y venas iliacas externas entren en el conducto femoral. La arteria iliaca primitiva derecha suele ser más larga que la izquierda y su recorrido es más oblicuo através del cuerpo de la última vertebra lumbar.

La arteria sacra media nace en la cara posterinferior de la aorta a nivel de su bifurcación, pasa debajo de la vena iliaca primitiva para cruzar delante de L5, antes de emerger sobre el estrecho superior de la pelvis y a lo largo de la cara anterior del sacro. Las venas sacras medias corren sobre las vértebras sacras y entran en la vena cava inferior donde ésta se origina en las venas iliacas primitivas.

La arteria hipogástrica provee aporte sanguíneo a las visceras y musculatura de la pelvis. Se divide en un tronco anterior y otro posterior, la división posterior emite solamente ramas parietales, en tanto que la división anterior desprende la mayor parte de ramas viscerales y algunas parietales, la rama vesical supe-

rior proviene de la división anterior que se continúa como arteria umbilical obliterada y pasa a lo largo de la superficie inferior del músculo recto para insertarse en el ombligo junto con el uraco proveniente de la vejiga. Las ramas de la división anterior nutren al útero, trompa uterina, vagina y vejiga. La arteria uterina corre por la base del ligamento ancho donde vira de pronto hacia adentro junto con la vena uterina para transcurrir sobre el uréter, enviar ramas colaterales para el fondo uterino y entablar una comunicación colateral con la arteria ovárica. La arteria uterina también envía ramas al cuello uterino y vagina. La arteria vesical inferior se origina de la división anterior de la hipogástrica y se anastomosa con las vesicales medio y superior.

Las 3 ramas parietales de la división anterior son: obturatriz, pudenda interna y glutea inferior. La arteria obturatriz irriga parte del peritoneo, labios y clítoris. La pudenda interna dá nacimiento a la hemorroidal inferior y la glutea irriga los músculos del muslo.

La vejiga se encuentra irrigada por las arterias vesicales superior y media, ramas de la

arteria umbilical y la vesical inferior rama de la hipogástrica. 10

El colon rectosigmoide es irrigado por la hemorroidal superior rama de la mesentérica inferior, la hemorroidal media procedente del tronco anterior de la hipogástrica y la hemorroidal inferior rama de la pudenda interna.

#### c). CIRCULACION COLATERAL DE LA PELVIS

Es extensa, estos vasos colaterales se anastomosan con la arteria hipogástrica y con los vasos sanguíneos del útero por medio de diversos circuitos arteriales en la pelvis. Durante la histerectomía difícil la circulación colateral puede crear problemas para establecer una hemostasia adecuada. Se divide en 3 grupos arteriales principales: vasos que se comunican con ramas de la aorta, vasos que se comunican con ramas de la iliaca externa y vasos que se comunican con ramas de la arteria femoral.

#### d). LINFATICOS

Se vacían los linfáticos de los ovarios y de las trompas uterinas en los ganglios paraaórticos, mientras que los linfáticos del útero drenan a los ganglios hipogástricos.

La inervación simpática y parasimpática del plexo pélvico, forma un plexo llamado de Frankenhousen el cuál se aloja en los ligamentos anchos y el plexo presacro simpático. (32)

## B. HISTORIA Y DESARROLLO DE LA CESAREA

Probablemente la cirugía que más frecuentemente realiza el ginecólogo; en todos los hospitales se realizan cesáreas, y pocos conocen los aspectos históricos y sus complicaciones. Tradicionalmente ha sido llamada "sección cesárea", "parto cesáreo" e "histerotomía".

La definición original ocurrió en 1790, por el obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque (1746-1810) "operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño diferente a la natural". Hoy se define a la cesárea en general como una laparotomía (abertura de la cavidad abdominal a través de una incisión anterior), más histerotomía (incisión del útero para extraer al feto). Ambas definiciones presuponen que el feto está contenido en el útero. (1)

### a). ORIGEN DEL TERMINO

Abundan teorías, se suele decir que el nombre proviene de Julio César, quién supuestamente - había nacido por éste método. Hoy esta idea se ha vuelto insostenible porque se sabe que su madre Aurelia aún vivía cuando invadió Bretaña y

es inconcebible que una persona se hubiera recuperado de una operación mayor en esa época en que el conocimiento de la anatomía y fisiología humanas eran tan incompletos. Otro probable origen del nombre es una familia llamada Julia en donde uno de sus miembros se creó que haya nacido mediante ésta técnica, se creía más que mortal porque poseía ojos azules (oculis caesios) y había nacido mediante un proceso milagroso para la época; se le bautizó "Caesar" que significa "emperador"; además se creó que otro miembro de la familia había capturado un elefante que en lenguaje púnico también es "caesar". "Caedere" significa cortar. Los niños nacidos postmortem se les llamaba "caesones", la primera persona que registró el uso de la palabra "operación" en conexión con el nacimiento mediante cesárea fué Jacques Guillineau en su libro sobre obstetricia fechado en 1598. Las palabras cesárea y sección significan corte; su uso combinado es una redundancia, por lo tanto es mejor utilizar la denominación "nacimiento por cesárea" que el de "sección cesárea". Hay tres períodos básicos en la historia de la cesárea; el primero antes del año 1500 lleno de mitos en donde la operación se realizaba para extraer niños vivos de madres muertas. el segundo período vá de 1500 a 1876 y durante él se desarrolló la operación y

se hizo profesionalmente en una mujer viva. El tercer período se inicia en 1876 y alcanzó el desarrollo y refinamiento de la técnica moderna por el trabajo de Porro y Sanger. (1)

En la actualidad a pesar de los avances en técnicas quirúrgicas, el advenimiento de la asepsia, antisepsia y el uso más racional de antibióticos, así como el mejor manejo del paciente en estado crítico, continúan existiendo complicaciones transoperatorias inesperadas durante la cesárea.

Informes recientes señalan una tasa total de cesáreas de casi 20 % en Estados Unidos. Aproximadamente un obstetra atiende 160 nacimientos al año, de los que 32-35 son cesáreas. Junto con el aumento de la proporción de cesáreas hay un incremento paralelo de las complicaciones transoperatorias. (3) Hibbard informa que en un período que duró 90 años y culminó en 1789 ninguna madre sobrevivió en París a una cesárea. En Gran Bretaña la mortalidad materna por cesárea fué de 85 % en 1865 y actualmente la mortalidad es de 5.8 por 100,000 cesáreas hasta 1985. En el Parkland Memorial Hospital hasta 1974 informa una mortalidad de 2 por 1,000 (0.2 %). La universidad de Cleveland informa una mortalidad de 25.4 % para partos pélvicos y de 2.6 % para partos eutócicos. (2,33)

Las complicaciones globalmente se informan de 11.6 % con 18.9 % en intervenciones de urgencia y 4.2 % en cirugía electiva. (2)

la morbilidad comprende la hemorragia, las lesiones del aparato urinario y digestivo. (2)

Tratando de listar las complicaciones encontradas en la literatura encontramos:

AL INICIO DE LA CIRUGIA

-Lesión intestinal por adherencias

DURANTE LA CIRUGIA O DESPUES DE ESTA

-Lesión de vías urinarias

-Incisiones uterinas y lesiones del feto

-Hemorragia

-Sepsis

-Infección dehiscencia y evisceración

-Coagulopatías

La lesión intestinal es rara y normalmente existe algún factor predisponente como las adherencias por cirugía o enfermedad inflamatoria pélvica. (2)

Lesión de vías urinarias: el Hospital de UCLA, publicó lesión vesical en 0.31 % de 7527 cesáreas y lesión ureteral en 0.09 % igual a lo informado por otros. (2,3) El factor que favorece la lesión del tracto urinario es el tejido cicatrizal de la cirugía previa. Las fístulas del tracto urinario ocurren en el 18.5 % de cirugías obstétricas y en el 81.5 % de cirugías ginecológicas. (28) Los factores predisponentes para su formación son: la malignidad, radiación previa, enfermedad inflamatoria del intestino y lesión inadvertida. (27) Las lesiones ureterales son raras y se producen cuando se intenta controlar una hemorragia de los parametrios siendo la lesión más frecuente por inclusión de los ureteros en una ligadura. (2) La obstrucción no detectada produce hidronefrosis una sección inadvertida produce fístulas. (3)

Actualmente el tipo de incisión más usado para la histerotomía es la transversa baja, las ventajas que ofrece son: Menor pérdida sanguínea, mayor facilidad de cierre y menor posibilidad de ruptura en un embarazo subsiguiente. Las incisiones más pequeñas tienden a extenderse hacia los parametrios, provocando sangrado importante; la tercera parte de las muertes maternas son causadas por hemorragias y la

atonía uterina es la causa más frecuente seguida de la extensión de la incisión hacia los parametrios. (2,9,10,15) Las lesiones fetales pocas veces son manejadas por el cirujano general.

17

Una complicación rara pero fatal es la sepsis pélvica que pone en peligro la vida de la paciente y requiere manejo inmediato. (8) En la flora normal del tracto genital femenino se encuentra *Clostridium perfringens*, cuando se encuentra involucrado en la infección uterina produce una gangrena gaseosa con septicemia fulminante. (17)

Como una complicación inherente a toda cirugía mayor se encuentra la dehiscencia y evisceración informándose una frecuencia de 1-3 % después de cirugía mayor, esta incidencia suele ser menor en la paciente ginecológica con una incidencia de 0.4 % en la serie de Baggish y Lee y la mayoría postcesárea. Esto ocasiona una mortalidad de 9.4 % a 43.9 % con una media de 18.1 %, esta complicación tiene una tendencia descendente, tal vez relacionada con el mayor uso de suturas modernas y las mejores técnicas quirúrgicas. Esta complicación no es privativa de la cesárea y la comparten todas las laparoto-

mías abdominales de cualquier etiología. Los factores de riesgo perioperatorios para estas complicaciones son: edad, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes, cancer, radioterapia, esteroides, infección, ascitis, tos, vomitos, distensión y una mala técnica quirúrgica. (11) La complicación tardía más importante es la hernia postincisional.

La infección tiene una frecuencia de 22.3 % y los factores que la favorecen son: cirugía de urgencia, obesidad, trabajo de parto prolongado, edad gestacional baja, presentación fetal baja, hemoglobina menor de 12. (25)

Las cuagulopatías se relacionan con: placenta previa, síndrome de huevo muerto y retenido y embolia de líquido amniótico. durante el transoperatorio se manifiesta como insuficiencia respiratoria y colapso circulatorio repentino. La administración adecuada de líquidos y sangre, así como componentes de la misma según lo indiquen las pruebas de coagulación resuelven el problema. (2,8,9)

En conclusión las complicaciones mayores incluyen: hemorragia, la más frecuente e

importante, seguida de lesión de vías urinarias, y los problemas sépticos, que aunque raros, potencialmente fatales al igual que las cuagulopatías.

19

Dentro de las complicaciones menores las relativas a la herida quirúrgica, dificultad en la extracción del feto o lesión del mismo. La frecuencia de complicaciones mayores en situaciones urgentes es de 20.8 % y por cirugía electiva del 2.9 %. (4)

### C. HISTERECTOMIA

Este procedimiento se inició hace 100 años como un intento quirúrgico para tratar la hemorragia e infección obstétrica que ponía en peligro la vida. Pocos debaten las indicaciones clásicas de hemorragia profusa incontrolable de la ruptura uterina o corioamnioítis grave, en las cuales el útero se convierte en un sitio de absceso masivo. En los últimos 20 años el problema séptico ha adquirido mayor importancia. La mortalidad publicada por dicha causa en la paciente ginecológica ha variado de 11 a 82 %, las pacientes que tienen mayor riesgo son las que tienen abortos infectados, abscesos tuboováricos e infecciones postoperatorias graves, las que ingieren inmunosupresores o mielosupresores. Los microorganismos que con mayor frecuencia se aíslan son: Coliformes, Klebsiella, Enterobacter, Proteus y Serratia. Sin embargo no hay duda de que algunos anaeróbios Gram negativos como bacteróides, a veces causan muchos casos de choque séptico. (8) Las dudas sobre las indicaciones son más serias cuando la operación propone tratar problemas menores o únicamente la esterilización.

Hemorragias obstétricas severas, ruptura uterina, extensión grave de una inscisión cesárea, atonía uterina resistente, placenta previa o acreta y la sepsis pélvica. La ruptura uterina espontánea ó traumática es emergencia devastadora.

b). INDICACIONES ELECTIVAS

Por patología de órganos pélvicos, leiomiomas múltiples o degeneración uterina, neoplasias intraepiteliales cervicales, tumores ováricos y otros padecimientos que requieren extirpación bilateral de anexos, CA mamario, transtornos preexistentes, adherencias residuales y masas de endometriosis pélvica o enfermedad inflamatoria pélvica.

c) COMPLICACIONES

Mayores: hemorragia postoperatoria  
lesiones del tracto urinario  
sepsis  
coagulopatías

Menores: infección de vías urinarias

22

hematomas e infección de la herida  
quirúrgica

dehiscencia evisceración y hernias  
postincisionales

fístulas del tracto urinario e  
intestinales

Complicaciones raras: tromboembolia pulmonar  
síndrome de Oglivie  
retención aguda de  
orina

Las complicaciones no son exclusivas de ésta  
intervención y muchas de ellas se comparten con  
la cesárea. Se informa en la literatura que de  
1951-1984 las complicaciones más frecuentes  
fueron:

Hemorragia postoperatoria.....	3.3 %
Laceración vesical.....	2.8 %
Fístulas del tracto urinario.....	0.4 %
Infección de vías urinarias.....	17.7 %
Infección de herida quirúrgica....	14.1 %
Dehiscencias y eventraciones.....	5.0 %
Fístulas intestinales.....	0.8 %

Estas frecuencias son similares a las informadas en otras series. (5)

La mortalidad informada es de 0.73 % y la morbilidad de 15.3 %. Una complicación rara pero grave es la tromboembolia pulmonar. (24) El síndrome de Oglivie o pseudoobstrucción colónica es complicación rara, pero se presenta posterior a la cirugía radical, la etiología propuesta más común es la interferencia con la inervación esplácnica del colon cuando se realiza linfadenectomía paraaórtica extensa. (16) Se informa retención aguda de orina que se presenta en el 43 % relacionado al tipo de histerectomía. La infección de vías urinarias se relaciona estrechamente con la retención urinaria y E Coli y B Aureuginosa son los gérmenes más frecuentemente involucrados (13).

#### D. TORSION DE ANEXOS

Causa rara de dolor agudo en la zona inferior del abdomen provocando un cuadro de abdomen agudo. La historia natural lleva a la necrosis del anexo, peritonitis y muerte. En el 50 % de los casos se observan neoplasias de ovario relacionadas a esta entidad (12). La torsión suele ser unilateral con predominio del lado derecho 3:2, la torsión rara vez afecta las trompas de Falopio, Fisiopatologicamente existe una lentificación inicial de la circulación venosa que se continúa con afectación arterial con lo cuál surge edema, distensión y finalmente hemorragia, necrosis y peritonitis. El diagnóstico es clínico en el 60 % de los pacientes y debe hacerse diagnóstico diferencial con:

- Distensión vesical
- Embarazo ectópico
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Apendicitis
- Masas de anexos sin torsión
- Ruptura de quiste ovárico
- Litiasis renoureteral
- Degeneración aguda de fibromas

La distensión vesical se corrobora clínicamente con la presencia de globo vesical y el paciente refiere no haber podido orinar. El embarazo ectópico coexiste con el antecedente de amenorrea y dolor en el fondo de saco de Douglas. La enfermedad inflamatoria pélvica es bilateral, con fiebre en etapas tempranas. En la apendicitis el dolor es de inicio periumbilical y posteriormente localizado en fosa iliaca derecha, normalmente no se palpan masas y existen signos clínicos de apendicitis y de irritación peritoneal. (26) Las masa anexiales sin torsión no producen dolor, solo masa palpable. En la ruptura de quistes foliculares ováricos los síntomas son menos intensos y ceden en 24-48 horas. En la litiasis renoureteral no hay masas palpables y existen síntomas urinarios.

En caso de torsión irreversible debe efectuarse eliminación del área afectada sin destorcer para no producir embolias. En caso de que la torsión sea reversible, se efectúa la reducción de la torsión y se puede hacer una pexia, en caso de tumoraciones está indicado la extirpación del anexo. (6)

## E. EMBARAZO ECTOPICO

El tratamiento de ésta situación ha pasado por una fase de transición de la cirugía ablativa a la conservadora; la tendencia actual es conservar la capacidad reproductiva en la medida de lo posible. En los últimos años ha aumentado la frecuencia de este padecimiento. En la Universidad de Yale se informa una frecuencia de un caso por 121 neonatos vivos en 1975 y de 1 por 67 en 1978.

Factores de riesgo: La enfermedad inflamatoria pélvica asociada a Neisseria Gonorrhoeae o Clamidia Trachomatis. Las mujeres infectadas son asintomáticas en el 80-90 %. Otros factores son la cirugía abdominal previa y el uso de DIU. Los síntomas principales son la hemorragia y el dolor, siempre que se sospeche esta patología se debe realizar culdocentesis que es positiva en la mayoría de ellos (85 %). Muy importante es la amenorrea asociada a estos síntomas el diagnóstico se confirma con la determinación de la fracción Beta de la hormona gonadotrofina coriónica. La positividad de esta prueba y el cuadro clínico confirman el diagnóstico. Debe investigarse la coexistencia de un

embarazo intrauterino que sucede en un caso por 27  
30,000 embarazos aproximadamente.

Si las condiciones de la paciente son aceptables se debe de intentar la conservación de la fecundidad, de este modo un diagnóstico oportuno permite programar la cirugía, en cambio la inestabilidad hemodinámica, requiere cirugía de urgencia sin interesar la función reproductiva.  
(7)

La laparoscopia es considerada actualmente la alternativa para el tratamiento del embarazo ectópico como un método seguro en el 87 % de los casos (18). Las indicaciones para la lapaloscopia son: signos vitales estables, hematocrito de 30 % , edad mayor de 18 años y deseo de conservar la fertilidad. El diagnóstico se hace así mismo mediante laparoscopia. Como dato interesante se observan embarazos en 56 % de las pacientes tratadas mediante éste método en los primeros 6 meses (23). La realización de salpingotomía con lasser ha dado mejores resultados. (31)

## F. RUPTURA UTERINA

Se informa ruptura uterina durante el primer trimestre del embarazo relacionada con legrados uterinos instrumentales de 1.3/1000 procedimientos y de 2.8/1000 procedimientos laparoscópicos. El riesgo de ruptura es mayor cuando se han usado infusiones de agentes oxitóxicos, solución salina hipertónica y prostaglandinas (30). La incidencia de perforaciones uterinas es significativamente poco estimado, ya que el aborto no se encuentra legalizado en nuestro país, esto se presta a manejos clandestinos, realizados por personas no capacitadas y en malas condiciones de higiene, convirtiéndolo en una complicación seria (20). Se recomienda el uso de ultrasonido intraoperatorio durante la realización de legrados instrumentales para prevenir perforaciones, reduciendo esta complicación de 1.4 a 0.2 % haciéndolo un procedimiento seguro (21). Las rupturas uterinas se informan como casos aislados de perforaciones espontáneas secundarias a degeneraciones de leiomiomas necróticos y secundarias a piometras (14,22).

### G. PERFORACIONES POR DIU

El no poseer técnicas depuradas para la colocación de dispositivos, ha producido complicaciones consecutivas a su colocación. Muchas veces las personas que los colocan no son médicos o son paramédicos capacitados para ello e ignoran las complicaciones potenciales del procedimiento.

Durante la colocación se puede perforar el útero y se informan dispositivos intraabdominales, intravesicales e intrarectales (19,29).

## INTRODUCCION

30

De la patología que enfrenta el cirujano general se encuentran pacientes que se presentan al servicio de urgencias de manera espontánea con cuadros abdominales agudos de origen pélvico que requieren tratamiento quirúrgico y que para su valoración se debe hacer diagnóstico diferencial con procesos pélvicos ginecológicos. Así mismo, en un hospital de tercer nivel se reciben pacientes referidos de otros hospitales, que presentan complicaciones de procedimientos ginecológicos u obstétricos que finalmente requieren la participación del cirujano general. Muchas veces pacientes con masas pélvicas, con tumores anexiales o de útero que se tratan de manera electiva en nuestro servicio.

## II. OBJETIVOS

## II OBJETIVOS

32

- a). Determinar la patología ginecológica que más frecuentemente maneja el cirujano general.
- b). Determinar el tipo de cirugía ginecológica que más frecuentemente se realiza en nuestro servicio.
- c). Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones de la cirugía ginecológica, realizada por cirujanos generales de causa obstétrica ó ginecológica en pacientes referidos a nuestro servicio.
- d). Determinar la mortalidad observada y sus causas.
- e). Hacer una revisión y correlación de las complicaciones informadas en la literatura.
- f). Valorar la certeza diagnóstica de padecimientos ginecológicos en nuestro servicio.

### III. MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el estudio pacientes atendidas en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI, de enero de 1987 a diciembre de 1990 con diagnóstico de patología ginecológica o con complicaciones de cirugía obstétrica.

Se analizaron los siguientes parámetros: Pacientes de origen obstétrico o ginecológico, edad promedio de los dos grupos, diagnóstico de las pacientes ginecológicas y obstétricas, intervenciones en forma primaria en nuestro servicio, reintervenciones, intervenciones fuera de la unidad, correlación de diagnósticos preoperatorios y postoperatorios, complicaciones, mortalidad y causas.

#### IV. RESULTADOS

En el período de tiempo señalado, registramos 87 pacientes, que reunieron las características de nuestros objetivos.

De las pacientes atendidas 18 fueron de origen obstétrico y 69 de origen ginecológico. La edad promedio de las pacientes ginecológicas fué de 43.01 años (la mayor de 84 años y la menor de 16).

63 pacientes ginecológicas se atendieron de manera primaria en nuestro servicio y 6 fuera del hospital y enviadas a nuestro servicio por complicaciones. La patología ginecológica más frecuente fué miomatosis uterina, seguida por tumores de ovario y embarazo ectópico (tabla 1). Correlacionamos los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios encontrando que: en 58 pacientes (84.05 %) los diagnósticos correlacionaron y en 11 casos (15.9 %) no lo hicieron. En estos últimos se pensó en el preoperatorio en patología del aparato digestivo encontrando padecimiento ginecológico. (tabla 2)

La cirugía ginecológica que más se realizó en nuestro servicio fué la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía, seguido de las laparotomías exploradoras y apendicectomías.

Se presentaron complicaciones en 2 de las

DIAGNOSTICOS EN LAS PACIENTES GINECOLOGICAS

---

DIAGNOSTICO	Nº PACIENTES
MIOMATOSIS UTERINA	15
TUMOR DE OVARIO	14
EMBARAZO ECTOPICO	12
APENDICITIS	9
SEPSIS PELVICA	4
PROLAPSO UTERINO	4
PARIDAD SATISFECHA	12
CACU	2
OCLUSION INTESTINAL	2
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1
CA ENDOMETRIO	1
FISTULA RECTOVAGINAL	1
SANGRADO P.O.	1
ENTERIRIS POSTRADIOTERAPIA	1

---

TOTAL            69

CORRELACION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICOS	
PREOPERATORIOS	POSTOPERATORIOS
5 EMBARAZO ECTOPICO	2 PIOSALPINX 1 QUISTE DE OVARIO 1 QUISTE TUBARIO 1 CA DE OVARIO
1 TUMOR DE OVARIO	1 MIOMA
1 MIOMATOSIS UTERINA	1 PIOSALPINX
7 GINECOLOGICO	= GINECOLOGICO
9 APENDICITIS	4 EMBARAZO ECTOPICO 4 QUISTES DE OVARIO 1 CA DE OVARIO
2 OCLUSION INTESTINAL	1 TUMOR DE OVARIO 1 PIOSALPINX
11 PATOLOGIA DIGESTIVA ≠	GINECOLOGICO

pacientes ginecológicas, estas fueron descompensación metabólica posterior a una histerec-tomía total abdominal con colpoperineorrafia en una paciente diabética y una infección de herida quirúrgica secundaria a una salpingooforectomía por piosalpinx. No existió ninguna muerte en este grupo.

En lo que respecta a las pacientes de origen obstétrico la edad promedio fué de 27.3 años (la mayor de 41 años y la menor de 17 años).

Todas las pacientes de origen obstétrico fueron intervenidas fuera de nuestro hospital y enviadas a nuestro servicio por complicaciones. Las cirugías que se les habían realizado y los diagnósticos a su ingreso se muestran en las tablas 3 y 4.

Solo 6 de estas pacientes requirieron de re-intervención por sepsis y el procedimiento que más frecuentemente se realizó fué laparotomía con lavado y drenaje de cavidad.

En los 18 casos obstétricos hubo 14 pacientes complicadas que se muestran en la tabla 5 y como se observa, hay 18 complicaciones en 14 enfermos. 6 pacientes murieron y la causa de todas ellas fué falla orgánica múltiple secundaria a sepsis, las cirugías que se les realizaron a estas pacientes inicialmente se muestran en la tabla 6.

CIRUGIAS PREVIAS PACIENTES OBSTETRICAS

---

CIRUGIAS	PACIENTES
CESAREA HISTERECTOMIA	10
LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	5
CESAREA	2
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1

---

TABLA 4DIAGNOSTICOS INICIALES PACIENTES OBSTETRICAS

---

DIAGNOSTICOS	PACIENTES
SEPSIS PELVICA	12
SANGRADO POSTOPERATORIO	2
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	2
EVISCERACION	1
FISTULA RECTOVAGINAL	1

---

MORBILIDAD EN PACIENTES OBSTETRICOS

---

DIAGNOSTICO	PACIENTES
PROBLEMAS PULMONARES	5
SEPSIS	4
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	3
FALLA ORGANICA MULTIPLE	2
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	2
EVENTRACION	1
COAGULACION INTRAVASCULAR	1

---

TABLA 6CIRUGIAS INICIALES EN LAS PACIENTES QUE  
MURIERON

---

CIRUGIA	PACIENTES
LEGRADOS UTERINOS INSTRUMENTALES	4
CESAREAS HISTERECTOMIAS	1
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	1

---

## V. DISCUSSION

Observamos que nuestras pacientes presentaron complicaciones diferentes a las informadas en la literatura.

debemos tomar en cuenta dos situaciones: Primero, que el cirujano general rara vez maneja patología ginecoobstétrica, por lo que el número de pacientes que presentamos es reducido comparado con las series que se informan en la literatura y en segunda que manejamos pacientes complicadas enviadas secundariamente a nuestro servicio, por lo que en la literatura las complicaciones como sepsis, son raras y es la causa de mortalidad en nuestro grupo (8,17).

En la literatura se reporta la hemorragia y la lesión de vías urinarias como las complicaciones más frecuentes, sin embargo nosotros no las observamos en las pacientes ginecológicas atendidas por nosotros, así mismo, no observamos lesiones de vías urinarias en nuestras pacientes porque se atienden en urología (2,3,4,5,9,10,15).

Los problemas pulmonares fueron los que tuvieron mayor frecuencia en cuanto a morbilidad. Las complicaciones pulmonares se presentan en cualquier tipo de cirugía y no son exclusivas de la cirugía ginecológica. Las

causas fisiológicas de la insuficiencia respiratoria aguda postoperatoria son: hipoventilación, defectos de difusión, anomalías de la ventilación/perfusión, corto circuito anatómico o por atelectasia y disociación de la curva de hemoglobina. Otras lesiones intrapulmonares que pueden dificultar la oxigenación son las microembolias, embolias grasas y las infecciones pulmonares. Se produce alcalosis respiratoria por uso de sangre vieja para transfusión. la atelectasia se presenta en el 20 a 30 % de las operaciones del abdomen y representa el 90 % de las complicaciones pulmonares (35).

Las enfermas ginecológicas están expuestas al riesgo particular de choque séptico, e incluyen las que tienen abortos infectados abscesos tuboováricos e infecciones y las que ingieren inmunosupresores o mielosupresores. En los últimos 20 años el problema séptico ha adquirido mayor importancia, porque ha existido un incremento de diez veces la sépsis por gram negativos en personas hospitalizadas. Esta es una situación de suma importancia ya que este tipo de pacientes son enviadas a nuestro servicio en malas condiciones. Consideramos que el cirujano general debe encontrarse capacitado para atender a este tipo de pacien-

tes, ya que la sepsis seguida de falla orgánica múltiple fué la causa que produjo la muerte de las 6 pacientes en nuestra serie y el procedimiento que más problemas sépticos produjo fué el legrado uterino instrumental, esto es similar a lo informado en la literatura en donde el aborto infectado causa el mayor número de muertes por sépsis con un índice de mortalidad del 14 %, comparado con nuestra serie que correspondió a 8.69 %.

Los factores mas importantes que influyen en el pronóstico son diagnóstico oportuno, vigilancia cuidadosa, erradicación rápida del foco séptico y tratamiento adecuado con antibióticos y medidas de sostén (8,17,21).

Todas las defunciones se observaron en el grupo de pacientes obstétricos y no hubo muertes en el grupo de pacientes ginecológicas.

Nuestra certeza diagnóstica fué del 100 % en circunstancias electivas y solo existieron discrepancias en la correlación diagnóstica en situaciones de urgencia (11 casos). En el diagnóstico diferencial de transtornos quirúrgicos agudos, se debe tomar en cuenta que cualquier paciente con dolor abdominal persistente por mas de 6 horas debe considerarse un problema quirúrgico. El retraso indebido en el diagnóstico y tratamiento afecta de manera

adversa el resultado final.

46

La necesidad de operación es obvia cuando el diagnóstico es seguro pero con frecuencia es necesario operar antes. Es aconsejable una política liberal de exploración en cuadros no concluyentes pero persistentes y esto es aceptado mundialmente (36).

## VI. CONCLUSIONES

- a). Existe un número limitado de casos ginecoobstétricos que atiende el cirujano general, por lo que debe conocer los métodos para resolver estas enfermedades.
- b). La histerectomía total abdominal por miomatosis uterina es el procedimiento que se realiza electivamente con más frecuencia en el grupo de pacientes ginecológicos.
- c). Los casos obstétricos, en general se resolvieron con reoperación para hacer lavados de cavidad.
- d). Las complicaciones más serias suceden en el grupo de pacientes obstétricas, desarrollando falla orgánica múltiple secundaria a sepsis y es el grupo que contribuye a la mortalidad.

ESTA TESIS NO PUEDE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

## VII. BIBLIOGRAFIA

VII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Harvey A, Mohammed B: Historia y desarrollo de la cesárea. Ginecol y Obst Tem Act 1988;4: 591-601.
- 2.- Robert R: Complicaciones de la cesárea. Ginecol y Obst Tem Act 1988;4:671-81.
- 3.-Stedman Ch,Kline R: Complicaciones transoperatorias y de acción inesperada de enfermedades durante la cesárea. Ginecol y Obst Tem Act 1988; 4:739-61.
- 4.- Petitti D: Mortalidad y morbilidad maternas en la cesárea. Clin Obstet Gynecol 1985;4: 959-67.
- 5.- Warren P: Histerectomía cesárea: indicaciones, técnica y complicaciones. Clin Obstet Gynecol 1986;2:409-23.
- 6.- Nichols D, Julian P: Torsión de anexos. Clin Obstet Gynecol 1985;2:475-81.
- 7.- Decherney A, Jones E: Embarazo ectópico. Clin Obstet Gynecol 1985;2:459-73.
- 8.- Cavanagh D, Rao P, Roberts W: Choque séptico en la enferma ginecológica. Clin Obstet Gynecol 1985;2:447-57.
- 9.- Mardsen D, Cavanagh D: Choque hemorrágico en la paciente ginecológica. Clin Obstet Gynecol 1985;2:483-93.

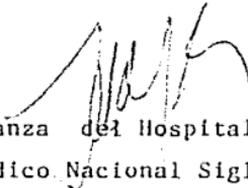
- 10.- Stephen H, Cruikshank: Tratamiento de las hemorragias postparto y pélvicas. Clin Obstet Gynecol 1986;2:269-77.
- 11.- James W, Daly: Dehiscencia , evisceración y otras complicaciones. Clin Obstet Gynecol - 1988;3:727-33.
- 12.- Larry McGowan: Enfermedades quirúrgicas del ovario en el embarazo. Clin Obstet Gynecol 1983;4:1029-1039.
- 13.-Chen: Urinary complications following radical hysterectomy for 621 patients with cancer of uterine cervix. Chung Hua Chung Liu Tsa Chih 1989 jan;11:67-70.
- 14.- Makar, Meulyzer, Vergote, etal: A case report of unusual complication of myomatous uterus in pregnancy: Spontaneous perforation of mioma after red. Eur J Obstet Gynecol Reprod - Biol 1989 Jun;31(3)289-93.
- 15.- Thavarasah AS, Sivalingam N, Almohdzar: Internal iliac and ovarian artery ligation in the control of pelvic haemorrhage. Aust N Z J Obstet Gynecol 1989;29(1):22-25.
- 16.- Singh P, Ilancheran A, Ratnam S: Oglivie's syndrome of colonic pseudo-obstruction: a complication of radical hysterectomy with pelvic and paraaortic lymphadenectomy. Gynecol Oncol 1989 Mar;32(3):390-93.

- 17.- Dylewski J, Wiesenfeld H, Latour A: Postpartum uterine infection with clostridium perfringens. Rev Infect Dis 1989 May-Jun;11(3):470-73.
- 18.- Henderson SR: Ectopic tubal pregnancy treated by operative laparoscopy. Am J Obstet Gynecol 1989 Jun; 160(6):1462-6.
- 19.- Kiilhoma P, Makien J, Vuori J: Bladder perforation: uncommon complication with a misplaced IUD. Adv Contracept 1989 Mar;5(1):47-9.
- 20.- Kaali SG, Szig Etvari I, Bartfai G: The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. Am J Obstet Gynecol 1989 Aug;161(2):406-8.
- 21.- Darney, Sweet: Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion - reduces incidence of uterine perforation. J Ultrasound Med 1989 Feb;8(2):71-5.
- 22.- Sussman AM, Boyd CR, Christy, et al: Pneumoperitoneum an acute abdominal condition caused by spontaneous perforation of a pyometra in an elderly woman: a case report. Surgery 1989;105(2):230-1.
- 23.- Vermesh M, Silva PD, Rosen G et al: Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy; A Prospective, randomized clinical trial of laparoscopy versus laparotomy. Obstet Gynecol 1989 Mar;73(3):400-4.

- 24.- Rosenberg JM, Lefor AT, Kenlen G, Marvasti, et al: Echocardiographic diagnosis and surgical treatment of postpartumpulmonary embolism. Ann Thorac Surg 1990 Apr;49(4):667-9.
- 25.- Rasmussen S, Maltau J: Complications following cesarean sections. Tidsskr Nor Laegeforen 1990 Jan;110(3):351-3.
- 26.-Krone H, Sperke E: Die prophylaktische appendektomie beigynakologischen eingriffen. Bericht Uber 1718 falle. Geburtshilfe Frauenheilked 1989 dec;49(12):1035-8.
- 27.-Kuhlman J, Fishman E: Evaluation of endovaginal and vesicovaginal fistulas. J Comput Assist Tomogr 1990 May-jun; 14(3):390-4.
- 28.- Tachev S, Petrov P: Prichini za vuznikvane na pikochno-polovi fistuli v akusherstvoto i ginekologifata. Khirurgia (Sofia) 1989 Nov;42(5):29-31.
- 29.- Sepulveda W: Perforation of the rectum by co-oper T intrauterine contraceptive device; a case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990 May-jun;35(2-3):275-8.
- 30.-Hagay Z, Leiberman J, Pichard R, Katz M: Uterine rupture complicating midtrimester abortion. a report of two cases:J Reprod Med 1989 nov;34(11):912-6.

- 31.- Keckstein J, Hepp S, Schneider V, et al: the contact ND: YAG laser: a new technique for conservation of the fallopian tube in unruptured ectopic pregnancy. Br J Obstet Gynecol 1990 apr;97(4):352-6.
- 32.- Mattingly T: Anatomía de la pelvis femenina. En: Te Linde, Ginecología operatoria. 6a ed, Argentina; Edit Ateneo, 1990:26-48.
- 33.- Hellman Louis M, Kack A, Pritchard: distocia causada por anomalías. En: Williams, Obstetricia. 2a ed, Barcelona; Edit Salvat, 1983: 651-682.
- 34.- Mendez R, Namihira I, Guerrero D, et al: El protocolo de investigación. 1a Ed. México; - Editorial Trillas, 1986: 85-7, 91-3, 39-43, 83-84.
- 35.- Seymour, Schwartz: Complicaciones. En: Schwartz, Principios de cirugía. 4a Ed, México; Edit-Mc Graw Hill, 1987: 458-67.
- 36.- Boey J, Dunphy E: Abdomen agudo. En; Way L, Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 5a - ed., México; Edit El Manual Moderno, 1987: - 376-86.

FIRMAS DE ACEPTACION DE TESIS.

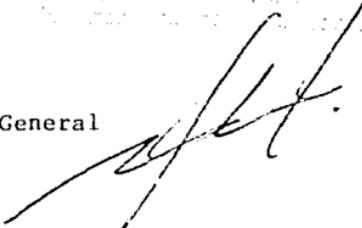


Jefatura de Enseñanza del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DRA NORMA JUAREZ DIAZ GONZALEZ.

Jefatura del Servicio de Cirugía General

DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES.



Asesor de Tesis:

DR JUAN ANTONIO MIER Y DIAZ.

