

11217

42
2ej



Universidad Nacional Autónoma
de México

Facultad de Medicina
Instituto Mexicano del Seguro Social

“ CORRELACION CLINICO - PATOLOGICA EN
HISTERECTOMIA GINECOLOGICA ”

T E S I S

Que para obtener la especialidad de :

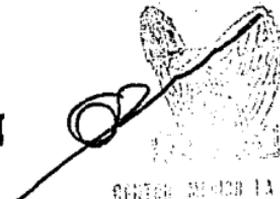
GINECO OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dr. Blas G. Escalona Almazán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.



CENTRO MÉDICO LA BAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigación 1993



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.

"CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA EN HISTERECTOMIA GINECOLOGICA"

OBJETIVOS:

- 1.1 Determinar la certeza diagnóstica pre-operatoria en comparación con el resultado anatomopatológico en histerec-tomía ginecológica en relación al criterio diagnóstico - utilizado, clínica, histero salpingografía o ultrasonido.

- 1.2 Analizar la morbimortalidad de dicho procedimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

Se ha observado que padecimientos ginecológicos dan cuadros nosológicos en los cuales la sintomatología hace que se planteen un diagnóstico preoperatorio y como tratamiento de este se proponga como medida terapéutica la histerectomía, encontrándose en el transcurso de esta otra patología diferente o asociada al diagnóstico inicial elaborado la cual no se sospeche en ningún momento.

Por lo cual se decidió realizar el presente estudio retrospectivo mediante el análisis de expedientes clínicos de pacientes a las que se les efectuó histerectomía ginecológica y correlacionar el porcentaje de certeza diagnóstica entre el diagnóstico pre-operatorio y el resultado de anatomía patológica se analizará la morbimortalidad de dicho procedimiento.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde un punto de vista histórico, una de las partes esenciales de la ginecología es la correspondiente a la cirugía pélvica.

Desde la primera histerectomía, se han suscitado una serie de cambios graduales, que va desde la histerectomía subtotal a la total, para el tratamiento de la enfermedad benigna o maligna, uno de los mayores avances técnicos que ha contribuido a la histerectomía total y para la prevención de técnicas es la técnica intrafacial descrita por E.H. Richardson (7).

La histerectomía cuando ha sido planteada para resolver un problema ginecológico, ocupa un lugar preponderante dentro de la cirugía ginecológica, siendo la operación que más se realiza en los Centros Médico Quirúrgicos Gineco-Obstétricos, no sólo como tratamiento quirúrgico de ciertas patologías, sino como medio de esterilizar y como profilaxis de alteraciones intrínsecas del órgano (13). La muerte previsible de una enferma es el desastre mayor que le puede ocurrir al cirujano de ahí el interés que se debe de tener en la más frecuente de las intervenciones quirúrgicas ginecológica que es la histerectomía (8).

En el centro nacional de estadísticas se estima que en 1973 se efectuaron 690,000 histerectomías en E.U. con una tasa - de 647.7 por cada 100,000 mujeres, y continúa su incremento. En 1968 la tasa anual de histerectomía en mujeres de 15 años y más fue 6.8 por 1000, en 1973 fue de 8.6 por 1000 representando un 26% de incremento (1) en adición, la indicación de esta operación tiene en algunas clínicas la inclusión de la esterilización como control de la fertilidad y bien como cirugía profiláctica (2, 13).

D'Esopo, en un estudio de 450 casos de histerectomía encontró que un 15% de ellas macroscopicamente fue normal, Doyle analizó 6,248 casos y concluyó que 12.5% fueron normales, - Miller notó que en un 30.8% de 246 casos no hubo hallazgos patológicos anormales, estos datos son de significancia, ya que ellos indican que las pacientes psiconeuróticas con enfermedades funcionales pueden ser víctimas fáciles para este procedimiento quirúrgico (4, 8, 9, 3).

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico cada vez más frecuente porque el útero no es un órgano vital, por lo que se pueden dividir a las pacientes en 2 grandes grupos:

- a) Con patología uterina
- b) Sin patología uterina.

En las primeras la histerectomía es una necesidad, y en las segundas se ha denominado histerectomía electiva, e incluyen enfermas con hemorragias uterinas disfuncionales no controlables sin patología uterina demostrable y los síndromes dolorosos pélvicos de origen ginecológico que hacen desaparecer el síndrome de congestión pélvica se señala también - que a medida que avanza la edad es mucho más frecuente la histerectomía vaginal (3).

D'Esopo ha enlistado los padecimientos que ameritan una histerectomía modificada por algunos autores, y son: (2, 3, 4).

- a) Padecimientos malignos
- b) El carcinoma IN SITU en pacientes con más de 30 años o con un hijo.
- c) La fibromiomatosis sintomática y la submucosa.
- d) Pólipos endometriales.
- e) Prolapso en pacientes con más de 30 años, para II o más.
- f) Padecimientos ováricos de cualquier naturaleza después de los 45 años.

Algunos autores aceptan que úteros de más de 150 gr, cualquiera que sean las condiciones de la paciente debe ser extirpado.

En cuanto a la histerectomía electiva hay 2 clasificaciones que pueden ser utilizadas.

- 1.- Aquellas histerectomías con cualquier hallazgo no patológico.
- 2.- Aquellas con hallazgos marginales patológicos y que pueden ser puestos en duda.

Nosotros hemos clasificado a la histerectomía realizada sin evidencia histológica, tales como las siguientes causas.

- a) Mecánicas (relajaciones).
- b) Funcionales
 - 1.- Intratables
 - 1.1 Sangrado disfuncional intratable
 - 2.- Síndrome de congestión pélvica
 - 3.- Los problemas menopáusicos y postmenopáusicos de cuidado
- c) Puerperal
- d) Psiquiátrica

De acuerdo con D'Esopo, los sangrados disfuncionales forman la más grande categoría de este grupo, y la incidencia de histerectomía ha sido marcadamente incrementada por la alta frecuencia del cáncer del cuello, el dolor intratable es la más difícil de estas indicaciones, el resultado final de --

una limpieza pélvica es usualmente buena.

Las histerectomías deben ser excluidas del grupo no patogénico con la excepción de las siguientes:

- 1.- Todos los casos de malignidad pélvica
- 2.- CARCINOMA in situ por arriba de 30 años o para II o más
- 3.- Uteros con fibromas de 5 cm de diámetro
- 4.- Todos los casos de fibromas submucosos
- 5.- Grandes pólipos endometriales
- 6.- Utero agrandado por arriba de 150 gr
- 7.- Utero con múltiples fibromas por arriba de 200 gr
- 8.- Enfermedad bilateral de los anexos
- 9.- Enfermedad unilateral de anexo remanente
- 10.- Extracción uterina con prolapsos en edades de 30 años, o para 2 ó más.
- 11.- Enfermedad ovárica benigna en mujeres de 45 años de edad ó más (3, 4, 11)

Con respecto a las histerectomías radicales en los procesos malignos la idea de que la extirpación quirúrgica de un cervix canceroso es acreditada a J. Marion Sims en 1870, sin embargo la técnica radical fue desarrollada por Werthein, - en 1900, los datos confirman que el tamaño de la neoplasias significativo cuando se relaciona con la sobrevida sin embargo el grado de diferenciación de la neoplasia es de ma

por importancia según fue demostrado por algunos autores... La cirugía radical tiene un rol definido en el armamento terapéutico en el manejo del carcinoma cervical, la selección adecuada del paciente es la clave del resultado, aunado en los últimos años al uso profiláctico de antibióticos, heparina, movilización temprana, drenajes que acortan el tiempo de hospitalización (14).

La morbilidad tanto infecciosa, pulmonar e intestinal en pacientes sometidas a cono cervical fue encontrado por algunos autores y otras la niegan. El incrementado énfasis del examen colposcópico en pacientes con citología cervical -- anormal, ha disminuído la necesidad de conización cervical -- como diagnóstico, sin embargo muchas neoplasias ocultas son diagnosticadas por este método.

La morbilidad para la cirugía radical reportada en la literatura quirúrgica para trombosis venosa profunda 15-33%, -- trombosis pulmonar fatal 1%, morbilidad febril 25-50% - - (10, 15)

El uso de antibióticos profilácticos disminuye significativamente la morbilidad operatoria y acorta la estancia hospitalaria (5, 6, 10)

La histerectomía vaginal indicada en problemas de la estática pélvica en donde el útero se encuentra prolapsado es más frecuente en edades avanzadas o multigestas. En algunos países son más conservadores como en Inglaterra en donde es más frecuente la operación de Manchester. En los E.U. son más liberales y actualmente se practica en casos de patología uterina benigna sin prolapso, siendo más frecuente cuando ha pasado la etapa reproductiva de la mujer, generalmente arriba de los 40 años, el diagnóstico que con mayor frecuencia se indica es el prolapso (16).

Siendo la infección in situ de la operación, con una incidencia de 40-60% en la forma de celulitis pélvica, por lo que las estrategias para reducir las tasas de infección se ha utilizado antibióticos profilácticos sistémicos y locales así como el uso de canalizaciones (5, 6)

Algunos autores han demostrado reducción estadísticamente significativa en la incidencia de infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica de la celulitis pélvica y --acortamiento de la estancia hospitalaria (5, 6)

A pesar de este aparente beneficio, la profilaxis antibiótica puede ser nociva, ejerciendo efectos desfavorables sobre la flora microbiológica y causar efectos colaterales desfa-

vorables, siendo su uso controversial la utilización por -- corto tiempo de 1 a 5 días después de la cirugía ha sido fa vorable, la eliminación de incidencia de infección postope- ratoria obviamente reduce el riesgo de morbilidad (1, 5).

La edad promedio para histerectomía por los diferentes auto res varía de 31-40 años con rangos desde 25-60 años para la histerectomía abdominal, y para la vaginal 41-70 años, esto es después de que la mujer ha pasado su etapa reproductiva- (8, 13, 16).

Con respecto a los antecedentes obstétricos; en una revi- sión de 500 histerectomías se encontró, grandes multiparas- 32.1%, multiparas 14.6%, primíparas 8%, datos que concuer- dan con los de otros autores (8).

En un análisis de 6000 histerectomías abdominal y vaginal, - la fibromiomas uterina, la adenomiosis y endometriosis solas o combinadas fueron indicadores de 4,977 (77%) y la - indicación por enfermedades malignas fue de 626 casos (9%).

Al investigar el motivo de la histerectomía se encontró que algunas tenían 2 ó más indicaciones.

Hassan encontró en orden de frecuencia, leiomioma, adenomio

sis, leiomioma y adenomiosis, endometriosis, combinación de ambos, carcinoma del endometrio, carcinoma del cervix en es tadio 0, carcinoma invasivo del cervix, enfermedad inflamatoria pélvica, sangrado uterino, prolapso uterino.

Nava y col en 500 hysterectomías encontró como principales causas proceso tumoral benigno (82.8%), sangrado uterino -- disfuncional (5.4%), proceso tumoral maligno (4.4%), endometriosis (4%), infecciosas (3.4%).

Para la hysterectomía vaginal fue el prolapso uterino en sus diversos grados, hipertrofia cervical, C.A in situ, datos - que concuerdan con otros reportes nacionales (1, 8, 16).

Entre los antecedentes quirúrgicos obstétricos más frecuentes destaca la cesarea y el legrado, los ginecológicos, la cirugía de anexos, salpingoclasias, ligamentopexias, poli--pectomías, plastias tubarias, conización plastia de kelly, - colpotomias, (8, 14).

La cirugía abdominal no gineco-obstétrica, están las apendicectomías, hernioplastías, laparoscopías, colecistectomía.

Dentro de los tumores benignos del útero el más frecuente - es el mioma que tiene su origen en el tejido muscular liso, Benson considera que es la neoplasia más frecuente del traco

to genital femenino, Kraus como la lesión más frecuente del tejido muscular liso y fibroso, más frecuente por arriba de los 35 años, pueden ser únicos o múltiples y de diversos tamaños, su manifestación principal es el sangrado anormal y es la mayor causa de indicación de histerectomía (8).

El tipo de histerectomía varía según la patología encontrada, la vaginal para los prolapsos, la subfacial para los padecimientos ginecológicos benignos y la clásica para los malignos.

Los hallazgos operatorios no diagnosticados antes de la histerectomía son endometriosis, quistes de ovario, miomatosis, C.A. C.U. pólipos endometriales, embarazo intrauterino, adherencias, tumores anexiales, infección (3, 8, 13).

Los padecimientos generales asociados más frecuentes son, - obesidad, diabetes, cardiopatía, hipertensión, nefropatías.

Es de gran interés mencionar el por ciento de error entre el diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico histopatológico que alcanzó un 37.2% (1, 8).

La complicación más frecuente continúa siendo la infección y la hemorragia y en menor grado la lesión a órganos vecinos.

La infección puede ser de la herida quirúrgica, lecho quirúrgico, urinaria, respiratoria, la hemorragia se trans o postoperatoria dependiendo de la habilidad del grupo quirúrgico.

La alta frecuencia de fistulas uretro-vaginales, vesico-vaginales que incrementan la morbilidad del procedimiento, entre otras están el riesgo anestésico, trombosis profundas o pulmonares por lo que se preconiza el uso de microdosis de heparina.

Las complicaciones intestinales más frecuentes son: ileo paralítico, lesiones a intestino delgado o colon sigmoide, rara vez la fistula estercorea o sigmoideo vaginal.

Complicaciones urológicas; infecciones hematuria, paresia vesical, fistulas, corte o lesión a uretero o vejiga, acodaduras uretrales.

Las complicaciones operatorias en la histerectomía siempre se originan de una indicación mal hecha o de una técnica quirúrgica poco escrupulosa y un manejo inadecuado en el postoperatorio.

Una complicación poco valorada y que es mencionada por algunos autores son los cambios psicológicos, cambios en la libi

do y de conducta sexual en las pacientes posthisterectomía (2, 12, 17):

La mortalidad registrada por los autores (3, 8) en su serie de 500 HTA se registraron 4 defunciones que corresponde a un 0.8%, 2 durante el transoperatorio y 2 en el postoperatorio. Bravo Sandoval reporta una mortalidad registrada de una por cada 325 histerectomías.

Se ha mencionado que la castración precoz eleva significativamente los problemas cardiovasculares. Alvarez Bravo preconiza:

- a).- Extirpación de anexos si es que presentan alteraciones patológicas.
- b).- Preservar la gónada sana en pacientes de menos de 45 años.
- c).- Efectuar ovariectomía cuando la mujer histerectomizada rebasa los 45 años.

Esto resalta a colación ya que la cirugía asociada más frecuentemente a la histerectomía es la ooforectomía.

HIPOTESIS

Ho.- La certeza diagnóstica preoperatoria concuerda con to
dos los resultados anatomopatológicos postoperatorios
en la histerectomía ginecológica.

HI.- La certeza diagnóstica preoperatoria no concuerda con
todos los resultados anatomopatológicos post-operato--
rios en la histerectomía ginecológica.

PROGRAMA DE TRABAJO

Se efectuará un estudio retrospectivo de revisión de expedientes clínicos del archivo general del hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se analizarán las principales indicaciones, distribución por edades, análisis de la morbimortalidad, y se establecerá una relación clínico-patológica para determinar la certeza diagnóstica ya sea clínica, por histerosalpingografía o ultrasonido cotejado con el resultado de anatomía patológica.

1.- LIMITES DE TRABAJO

a) ESPACIO

Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2, Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, servicios de estadística y archivo del mismo hospital.

b) TIEMPO

El presente trabajo se realizará en un plazo de 5 meses iniciando a partir de septiembre de 1984.

c) INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN

Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.- UNIVERSO DE TRABAJO

Se analizarán los expedientes de las pacientes a las que se les efectuó histerectomía abdominal dentro del hospital y que reúnan las condiciones del criterio de inclusión.

3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se analizarán 200 casos de histerectomía ginecológica.

4.- CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

Ninguna en especial.

5.- CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluirán todos aquellos expedientes en los cuales se cuente con reporte de anatomía patológica, notas de evolución clínica completas, que cuenten con los reportes de gabinete mencionados.

6.- CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos aquellos expedientes sin reporte de anatomía patológica o en caso en que la HTA fuera por algún evento del estado grávido puerperal o por indicación de -- problemas de la estática pelvico-genital.

7.- ESQUEMA DE TRABAJO

De los expedientes se obtendrán todos los datos necesarios, que se vaciarán en una hoja especial diseñada -- con el fin de facilitar el análisis posterior de cada uno de los parámetros a investigar.

8.- RECURSOS A UTILIZAR

A).- Humanos: Investigador responsable, asesor colaborador personal del servicio de estadística y archivo.

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

1. Amirikia, H. y Evans, V.N.: Ten-Year Review of Hysterectomies. Trends, Indications and Risks. A.M.J. Obstet. Gynecol. 134. 431-434, 1979.
2. Ananth, J. Hysterectomy and Depressions. Obstet. Gynecol. 52. 724-729, 1978.
3. Bravo Sandoval, J. La Morbimortalidad en Histerectomía Abdominal y en Histerectomía Vaginal. Ginec. Obstet. - Mex. 33. 505-517, 1973.
4. D'Esopo, D.A. Hysterectomy when Theuterus is Essentially Normal. A.M.J. Obstet. Gynecol. 83. 113-131, 1962.
5. Duff, P. Antibiotic Prophylaxis for Abdominal Hysterectomy. Obstet. Gynecol. 60. 25-29, 1982.
6. Duff P. Antibiotic Prophylaxis in Vaginal. Hysterectomy; A review. Obstet. Gynecol 55: 1935-40, 1980.
7. Mattingly, F.R. Ginecología Operatoria, de Richard W.-Te Linde. Edit. El Ateneo, Cap. I. 3 - 11, 1980.
8. Nava y Sánchez, R. y Góngora López P. Aspectos Etiopatogénicos y Anatomopatológicos del Fibroma Uterino. -- Ginec. Obstet. Mex. 38. 55-65. 1975.
9. Nava y Sánchez, R. y Bravo Sandoval, J. Morbimortalidad en la Histerectomía Abdominal. Ginec. Obstet. Mex. 34. 337-359, 1973.

10. Orr, W.J. Shingleton, M.H. Hatch, D.K. Mann, J.W., Austin, M.J. y Soong, S.J. Correlation of Perioperative - Morbidity and Conization to Radical Hysterectomy Interval. *Obstet. Gynecol.* 59. 726-730, 1982.
11. Parrot, H.M. Elective Hysterectomy. *A.M.J. Obstet. Gynecol.* 113. 531-536, 1972.
12. Richards, D.H. Depression After Hysterectomy. *Lancet.* - 2 430-432, 1973.
13. Rocha Cortez, F. y Vázquez, CH.J.J. La Histerectomía en el Hospital del F.C.P., en Empalme, Son. *Ginec. Obstet. Mex.* 41. 43-49, 1977.
14. Underwood, B.P., Wilson, C.W., Kreutney, A., Miller, -- M.D., y Murphy, E. Radical Hysterectomy. A Critical - Review of Twenty-Two Year's Experience. *A.M.J. Obstet. Gynecol.* 134. 889-896, 1979.
15. Webb, M.J. y Simmonds, R.E. Radical Hysterectomy. - - Influence of Recent Conization on Morbidity and Complications. *Obstet. Gynecol.* 53.290, 1973.
16. Zarco Díaz D. Gámiz González, R., Reynoso Rom, L. y - Aznar Ramos, R. Histerectomía Vaginal. *Ginec. Obstet. Mex.* 37. 375-381, 1975.
17. Zussman, L. Zuss Man, S., Sunley, R., y Bjornson, E. - Sexual Response After Hysterectomy - Oophorectomy. - - Recent Studies and Reconsideration of Psychogenesis. - *A.M.J. Obstet. Gynecol.* 140. 725-729, 1981.

R e s u l t a d o s

Del estudio retrospectivo de la revisión de 200 expedientes clínicos del archivo general del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del C.M.N. y que reunían las condiciones del criterio de inclusión. Se analizan los rangos de edad, gestaciones sus indicaciones y se establece una relación clínica y auxiliares de gabinete cotejando el resultado con el reporte histopatológico, así como un análisis de la morbi-mortalidad.

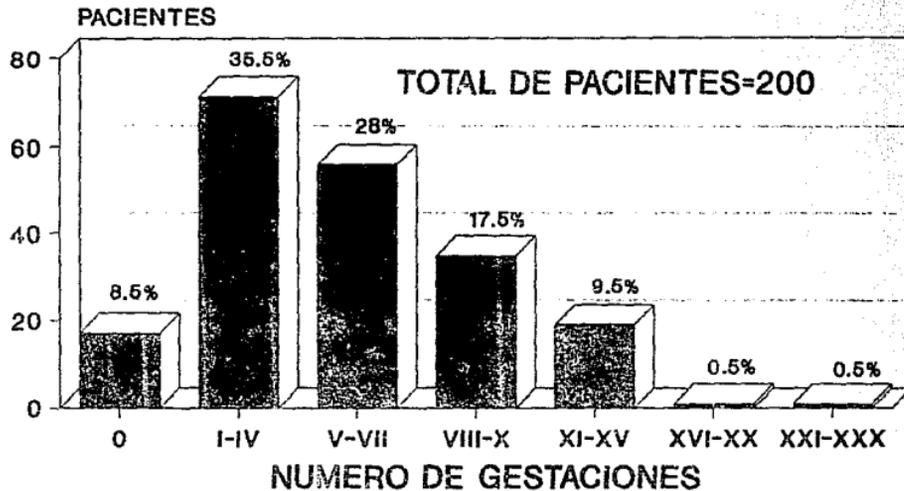
El tipo de histerectomía efectuada fue la abdominal. Con exeresis de uno o de ambos anexos. Cuando se encontró patológico, o la paciente tenía 45 ó más años como lo preoniza en la literatura consultada (3, 4).

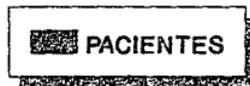
La distribución por edades (Tab. 1) predominaron en la etapa de la perimenopausia, menopausia y postmenopausia comprendiendo los rangos de edades 35 a 55 años correspondiendo un 83.5% del total de pacientes, rango que se encuentra contemplado dentro de lo reportado por otros autores (8. 13, - 16) . Gráfica 1.

T A B L A 1

<u>Grupo de edad</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
20-25 años	3	1.5
26-30 "	3	1.5
31-35 "	19	9.5
36-40 "	38	19.0
41-45 "	62	31.0
46-50 "	49	24.5
51-55 "	18	9.0
56-60 "	2	1.0
61-65 "	1	0.5
66-70 "	4	2.0
71-75 "	0	0.0
76-80 "	1	0.5
<hr/>		
T o t a l	200	100 %

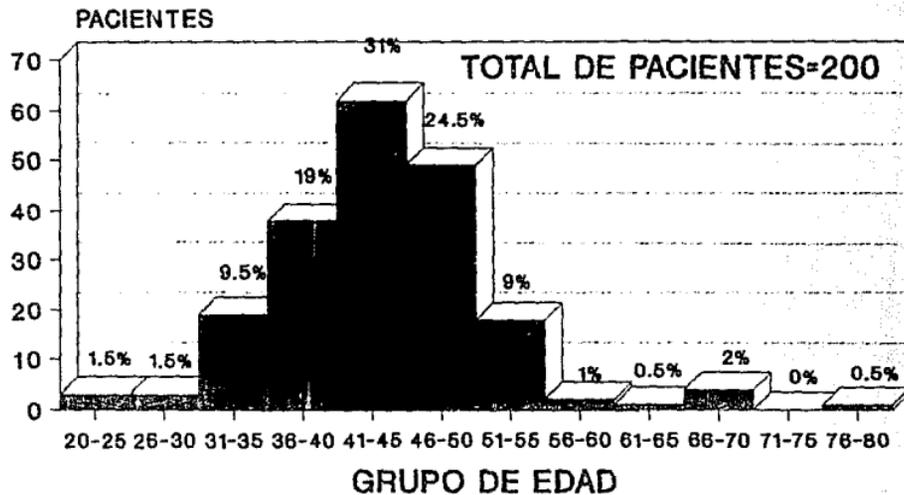
(GRAFICA II)
GESTACIONES



 PACIENTES

(GRAFICA1)

DISTRIBUCION POR EDADES



Los antecedentes Gineco-obstétricos en relación a las pa-
 cientes hysterectomizadas se encontró que la gran mayoría -
 de pacientes se encontraban dentro de las multigestas o -
 grandes multíparas como lo indica la literatura en la cual-
 la mujer ha completado o ha pasado su etapa reproductiva (8,
 13, 16) sin embargo se encontraron 17 pacientes nuligestas-
 que corresponde a 8.5%. Tabla 2, Gráfica II.

T A B L A 2

<u>Gestas</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
0	17	8.5
I - IV	71	35.5
V - VII	56	28.0
VIII - X	35	17.5
XI - XV	19	9.5
XVI - XX	1	0.5
XXI - XXX	1	0.5
	200	100 %

Como hospital de 3er. nivel en donde se atienden pacientes con riesgo elevado se encontró como enfermedad adyacente en las pacientes con problema ginecológico que ameritó histerectomía.

Se encontró enfermedad adyacente en 131 pacientes que corresponde a un 65.5% siendo las más frecuentes la hipertensión en 41 pacientes, obesidad en 30 pacientes, D. Mellitus en 27 pacientes, Cardiopatía 16 pacientes, entre las más frecuentes que corresponden a las mencionadas en la bibliografía. Tabla 3.

T A B L A 3

Enfermedad adyacente en las pacientes Histerectomizadas

<u>Enfermedad</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
Hipertensión arterial	41	20.5
Obesidad	30	15.0
D. Mellitus	27	13.5
Cardiopatía	16	8.0
Infeccción Venosa	3	1.5
Bronquitis Crónica	2	1
Artritis	2	1
Asma	2	1
C.A. C.U.	1	0.5
Otros	7	3.5 %
	131	65.5 %

Dentro de los antecedentes quirúrgicos Gineco-Obstétricos y otras cirugías de cavidad abdominal.

Se encontró en un 79.5% de las pacientes o sea en 159 tenían antecedente de cirugía previa como la descrita por los autores consultados (8, 14) (Tabla 4, Gráfica III).

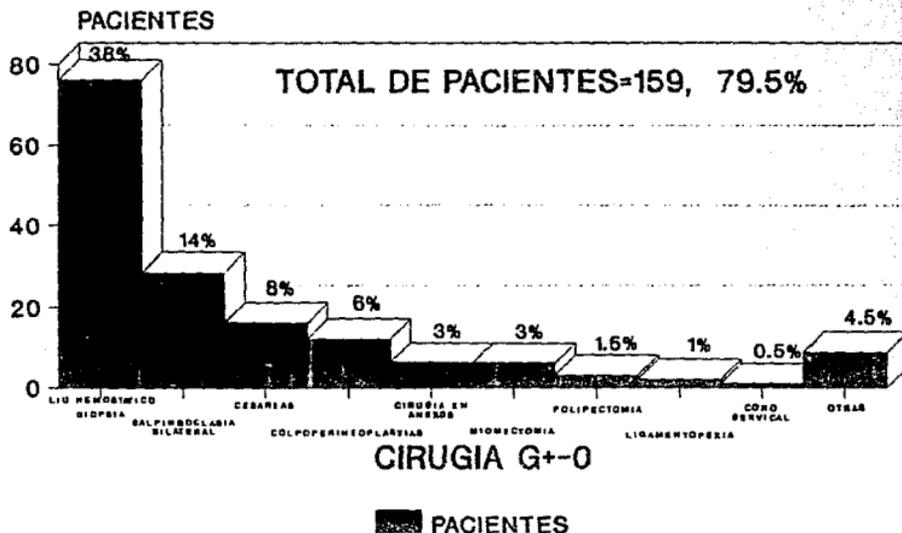
Dentro del rubro de otra cirugía en la cavidad abdominal. - Se encontró que en algunas pacientes aparte tenían de la cirugía ginecológica otra, siendo las más frecuentes del tubo digestivo y sus anexos, después defectos de pared abdominal y otras. Y fueron en el siguiente orden de frecuencia. Apéndicectomía 14, colecistectomía 8, hernioplastias 8, hemo-roidectomía 3, laparotomía 3, safenectomía 1.

T A B L A 4

<u>Cirugía G-O Previa</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
LUI hemostático biopsia	76	38
Salpingoclasia bilateral	28	14
Cesáreas	16	8
Colpoperineo plastias	12	6
Cirugía en anexos	6	3
Miomectomía	6	3
Polipectomía	3	1.5
Ligamentopexia	2	1
Cono cervical	1	0.5
Otras	<u>9</u>	<u>4.5</u>
T o t a l	159	79.5 %

(GRAFICA III)

ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECO-OBSTETRICOS



El tipo de cirugía efectuada en las pacientes fue con técnica extrafacial en 27 pacientes que corresponde a un 13.5%, - lo cual está de acuerdo a lo reportado por los autores. Ya que cuando se sospechó de malignidad o lesiones premalignas es la vía de abordaje indicada.

En 173 pacientes se efectuó con técnica intrafacial que corresponde a 86.5%, predominando esta técnica ya que en esta unidad no se efectúa cirugía oncológica, ni tampoco se efectúa cirugía radical.

El tipo de anestesia utilizada fue B.P.D. en 11 pacientes - que corresponde a 5.5% de los procedimientos anestésicos, - en 89 pacientes se utilizó BPD+General que corresponde a -- 44.5%, y en 100 pacientes el método anestésico fue la anestesia general que corresponde al 50%.

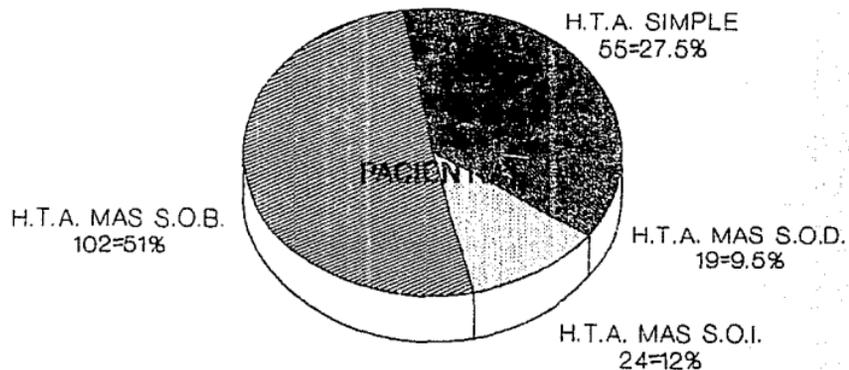
Se efectuaron 55 histerectomías simples, 102 histerectomías con salpingooferectomía bilateral, en 43 pacientes se efectuó exeresis de uno de los anexos (Tabla 5, Gráfica IV).

T A B L A 5

<u>Cirugía efectuada</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
H.T.A. Simple	55	27.5
H.T.A. + SOB	102	51.0
H.T.A. + SOI	24	12
H.T.A. + SOD	19	9.5
	<u>200</u>	<u>100 %</u>

(GRAFICA IV)

TIPO DE HISTERECTOMIA EFECTUADA



CIRUGIA EFECTUADA

Dentro de los hallazgos transoperatorios no diagnosticados o sospechados se encontró en 90 pacientes que corresponde a 45% del total de las pacientes, siendo las más frecuentes.

Procesos adherenciales en 54, Quistes de ovario en 21, endometriosis 5, Miomatosis 5, piosalpiux 3, hidrosalpinx 2. - (3, 8, 13).

Entre la cirugía asociada a dicho procedimiento se efectuaron para completar el tratamiento de la paciente o para corregir lesiones producidas durante la cirugía, se efectuaron en 31 pacientes que corresponde a un 15.5% del total analizado siendo la cistopexiaretropúbica la cirugía más frecuentemente asociada a la histerectomía. La cirugía asociada fue la siguiente. Tabla 6.

T A B L A 6

<u>Cirugía asociada</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
M. Marchetti Kraus	9	4.5
Colpoperineo plastia	5	2.5
Reparación de intestino	4	2.0
Omentectomía	4	2.0
Sutura lesión vesical	3	1.5
Hernioplastia	2	1.0
Ligadura Hipogastricas	1	.5
Neurectomía presacra	1	.5
Plastia pared abdominal	1	.5
Apendicectomía	1	.5
	31	15.5 %

Cuando la histerectomía es una necesidad o cuando se le ha denominado electiva y ésta va a depender del diagnóstico -- elaborado, a la signología o sintomatología que presente la paciente.

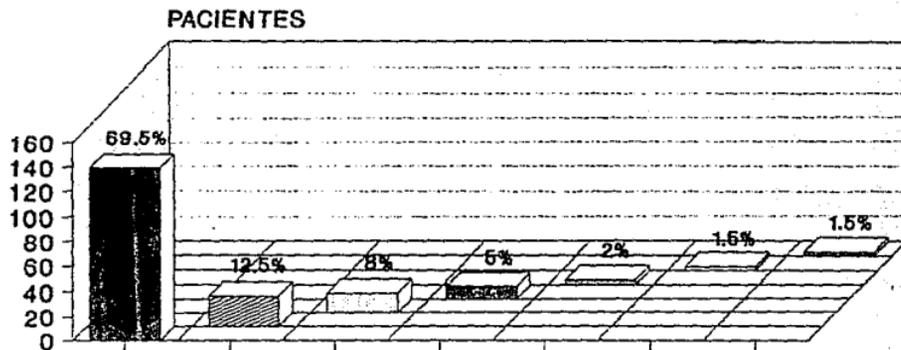
En nuestra casuística encontramos que la signología y sintomatología predominante se encontró el sangrado, dolor y tumoración palpable en un alto porcentaje, siendo otros signos o síntomas los menos frecuentes como se ve en la Tabla-7, Gráfica V.

T A B L A 7

<u>Signo o síntoma</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje %</u>
Sangrado	139	69.5
Sangrado + dolor	25	12.5
Tumor	16	8.0
Dolor	10	5.0
Otros	4	2.0
Fiebre	3	1.5
Asintomáticos	3	1.5
	<hr/>	<hr/>
T o t a l	200	100 %

(GRAFICA V)

SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS PACIENTES QUE AMERITARON HISTERECTOMIA



SIGNO O SINTOMA

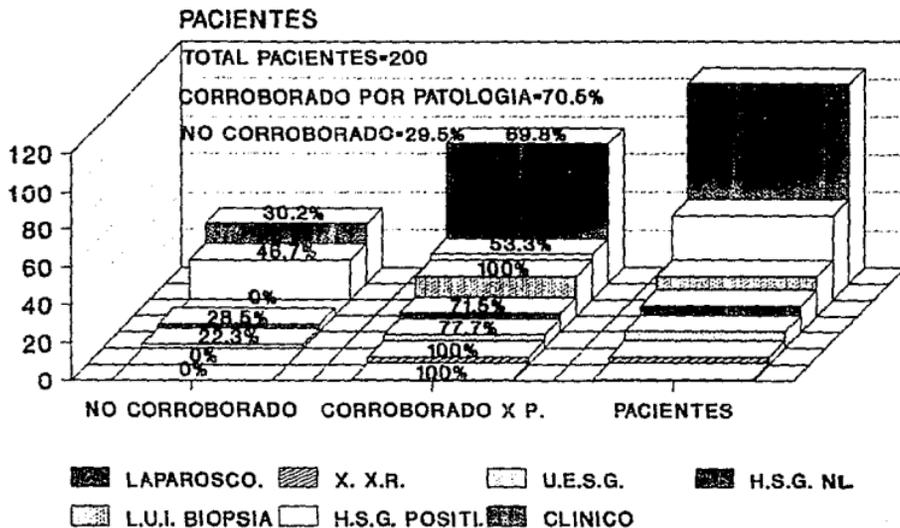
- | | | | |
|--|--|---|---|
|  SANGRADO |  SANGRADO - MAS DOLOR |  TUMOR |  DOLOR |
|  OTROS |  FIEBRE |  ASINTOMATICAS | |

Dependiendo de la signología y sintomatología que presentaban las pacientes se elaboró el diagnóstico preoperatorio en base a la clínica o con apoyo de exámenes de gabinete, entre los cuales se contó con histerosalpingografía (HSG), Legrado Hemostático biopsia, ultrasonido (UESG), Rayos X, Lapa-
 roscopia, y se efectuó una correlación con el resultado de -
 histopatología reportado por el departamento de anatomía pa-
 tológica del Hospital, encontrando un 29.5% de error entre -
 el diagnóstico elaborado por la clínica o gabinete y el re-
 sultado de patología. Tabla 8. Gráfica VI.

T A B L A 8

<u>Diagnóstico por</u> <u>Clínico o Gabinete</u>	<u>No.</u> <u>Pacientes</u>	<u>Corroborado</u> <u>Por Patología %</u>	<u>No se</u> <u>Corroboró</u>	<u>%</u> <u>Error</u>
Clínico	106	74 - 69.8%	32	30.2
H.S.G. +	45	24 - 53.3%	21	46.7
L.U.I. biopsia	21	21 - 100 %	-	0
H.S.G. NL	14	10 - 71.5%	4	28.5
U.E.S.G.	9	7 - 77.7%	2	22.3
Rx	4	4 - 100 %	-	0
Laparoscopia	1	1 - 100 %	-	0
T o t a l	200	141 - 70.5%	59	29.5%

(GRAFICA VI)
**CORRELACION ENTRE METODO DIAGNOSTICO
 Y REPORTE DE PATOLOGIA**



En cuanto a las indicaciones de la histerectomía los diagnósticos preoperatorios se presentan en orden de frecuencia. La patología tumoral benigna del útero que correspondió a 148 pacientes con un porcentaje de 74% del total de las 200 pacientes siguiéndole las lesiones premalignas como la hiperplasia endometrial en sus diferentes tipos histológicos correspondiendo a 21 casos con un porcentaje de 10.5%, en 3er. lugar le correspondió a la patología ovárica con 10 casos con un porcentaje de 5%, en 4to. lugar le correspondió a la adenomiosis en 8 casos con un porcentaje de 4% siguiendo en orden de frecuencia endometriosis H.U.A. como se ilustra en la Tabla 9 y gráfica VII datos que concuerdan con otros reportes (1, 8, 16).

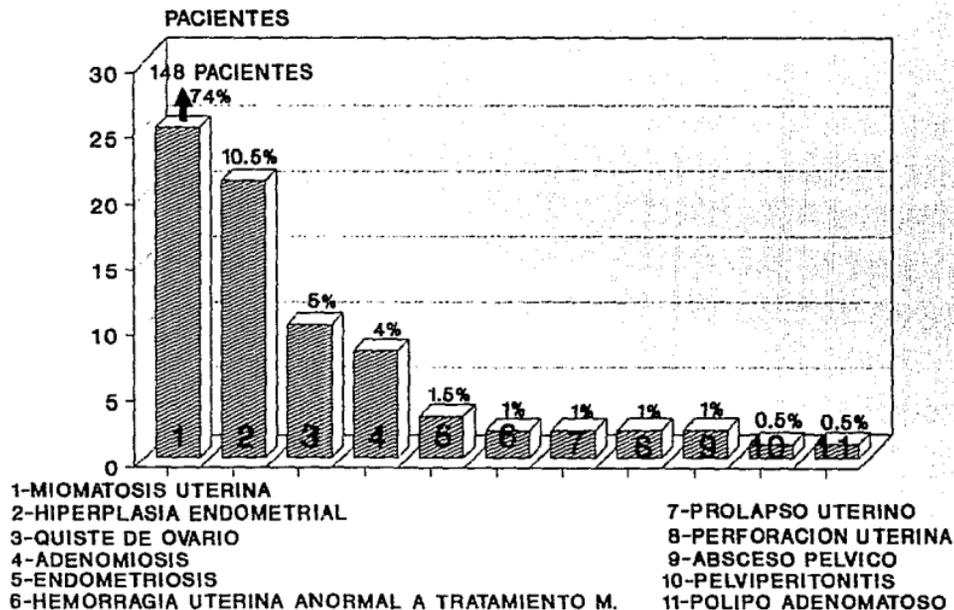
T A B L A 9

Diagnósticos preoperatorios y porcentajes.

<u>Diagnóstico</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Miomatosis Uterina	148	74
Hiperplasia Endometrial	21	10.5
Quiste de ovario	10	5
Adenomiosis	8	4
Endometriosis	3	1.5
Hemorragia Uterina rebelde o tratamiento médico	2	1
Prolapso Uterino	2	1
Perforación Uterina	2	1
Absceso pélvico	2	1
Pelvipерitonitis	1	.5
Pólipo Adenomatoso	1	.5
T o t a l	200	100 %

(GRAFICA VII)

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS Y SUS PORCENTAJES



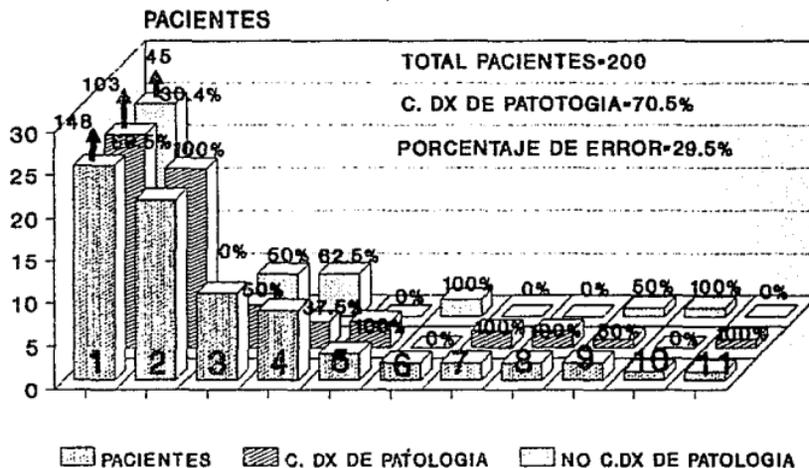
En la Tabla 10 y Gráfica VIII se analizan los diagnósticos - preoperatorios que se correlacionaron con el diagnóstico histopatológico y los que no correlacionaron así como su porcentaje de error.

T A B L A 1 0

<u>Diagnóstico</u> <u>Preoperatorio</u>	<u>No.</u>	<u>Correlación</u> <u>con Dx His-</u> <u>topatológico</u>	<u>%</u>	<u>No correla-</u> <u>ción con Dx</u> <u>Histopatoló</u> <u>gico</u>	<u>Porcentaje</u> <u>de error %</u>
Miomatosis V.	148	103	69.5	45	30.4
Hiperplasia Endometrial	21	21	100	0	0
Quiste de ovario	10	5	50	5	50
Adenomiosis	8	3	37.5	5	62.5
Endometriosis	3	3	100	0	0
H.U.A. rebelde a Tx	2	0	0	2	100
Prolapso Uterino	2	2	100	0	0
Perforación Uterina	2	2	100	0	0
Absceso pélvico	2	1	50	1	50
Pelviperitonitis	1	0	0	1	100
Pólipo adenomatoso	1	1	100	0	0
T o t a l	200	141	70.5%	59	29.5%

(GRAFICA VIII)

CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO PREOPERATORIO Y REPORTE DE PATOLOGIA



1-MIOMATOSIS UTERINA

2-HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

3-QUISTE DE OVARIO

4-ADENOMIOSIS

5-ENDOMETRIOSIS

6-HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL A TRATAMIENTO M.

7-PROLAPSO UTERINO

8-PERFORACION UTERINA

9-ABSCESO PELVICO

10-PELVIPERITONITIS

11-POLIPO ADENOMATOSO

Del análisis de la Tabla anterior se encontró una correlación positiva entre el diagnóstico preoperatorio y el resultado de anatomía patológica en 141 pacientes que corresponden a un 70.5%, de las 59 pacientes restantes y que corresponden a un 29.5% no hubo correlación con el diagnóstico de patología y que se encontró entre el rango reportado por los distintos autores (4, 8, 9, 3) que va desde 12.5% a un 30.8% reportado por Miller en un análisis de 246 histerectomías, porcentaje que se correlaciona a nuestra casuística.

De las 59 pacientes en que no hubo correlación, 45 pacientes corresponden al diagnóstico de miomatosis uterina con un porcentaje de 76.2%, siendo los reportes de patología: utero normal en 19 casos, adenomiosis en 10 casos, Pólipo endometrial y endometriosis en 5 casos cada uno, quiste de ovario 4 casos, embarazo ectópico y pio ovario con un caso cada uno.

5 casos de los 59 sin correlación correspondieron al diagnóstico de quiste de ovario con un porcentaje de 8.4% y que 3 casos correspondieron a Miomas interligamentorios y 2 a Quistes endometriósicos no dependientes del ovario.

5 casos de los 59 con porcentaje de 8.4% con dx de adenomiosis se encontró utero normal, el resto no se analizaron por no ser significativos ya que la sintomatología principal es

la hemorragia uterina hace que estos datos sean de significancia ya que pacientes con enfermedades psiconeuróticas, -- con enfermedades funcionales pueden ser víctimas fáciles de este procedimiento quirúrgico (4, 8, 9, 3) recurriendo a los diagnósticos más socorridos como miomatosis uterino, adenomiosis o quiste de ovario, o bien que los resultados de gabi nete sean falsos positivos dependiendo de la experiencia de quien los realice.

Otros diagnósticos histopatológicos encontrados aparte del principal fueron encontrados en orden de frecuencia quiste de ovario 15 casos, Adenomiosis 11 casos, Pólipo endometrial 6 casos, endometriosis 7 casos, Miomatosis 5 casos, Hidro y piosalpinx 3 casos.

Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la infección y la hemorragia y en menor grado la lesión a órganos vecinos.

En nuestra casuística las complicaciones las hemos dividido en transoperatorias y postoperatorias.

En la Tabla 11 se enumeran las complicaciones transoperatorias que se presentaron en 42 pacientes que corresponde a 21%, siendo la hemorragia la más frecuente y tomándose como ésta aquella que fue desde 700 ml a 2000 ml y que condicionaron -

trastorno hemodinámico y que ameritó hemotransfusión, continuando las lesiones a órganos vecinos como complicación transoperatoria.

T A B L A 11
Complicaciones transoperatorias

	<u>Número</u>	<u>%</u>
Hemorragia	30	15
Lesión a intestino	4	2
Lesión a vejiga	3	1.5
A cada dura uretero	1	.5
Sección de uretero	1	.5
Insuficiencia cardíaca yatrogena	1	.5
Anestésico	1	.5
Shock séptico	1	.5
T o t a l	42	21 %

De estas complicaciones en el rubro de las hemorragias se transfundieron 36 paquetes globulares, algunas pacientes ameritaron hasta 3 paquetes, 2 ameritaron manejo en U.C.I. por el grado de sangrado y una por sepsis, una se trasladó a urología.

Complicaciones Postoperatorias

Dentro de las complicaciones postoperatorias las más frecuentes siguen siendo la infección in situ de la operación, junto con la infección de vías urinarias.

Se encontró en 45 pacientes que correspondía 22.5%, prácticamente a la mitad de lo reportado en la literatura consultada donde tuvieron una frecuencia de infección de 40-60% (5, 6).

Las más frecuentes que se encontraron fueron la infección de HQ con deficiencia de la misma en 11 casos, infección de herida quirúrgica sin deficiencia 10 casos, fiebre sin evidencia foco infeccioso 11, absceso de cúpula vaginal 4, infección de vías urinarias 9.

T A B L A 1 2
Morbilidad Infecciosa

<u>Complicación</u>	<u>No. Pacientes</u>	<u>%</u>
Infección HQ con deficiencia	11	5.5
Fiebre sin foco infeccioso	11	5.5
Infección herido quirúrgico	10	5
Infección vías urinarias	9	4.5
Absceso cúpula vaginal	4	2
T o t a l	45	22.5%

Otras complicaciones menos frecuentes e importantes son las que se mencionan en la Tabla 13.

T A B L A 1 3
Complicaciones postoperatorias no infecciosas

<u>Complicación</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Ileo paralítico reflejo	13	6.5
Hematuria macroscópica	4	2
Sangrado cúpula vaginal	3	1.5
Eventraciones	3	1.5
Descompensación metabólica	1	.5
Sangrado tubo digestivo	1	.5
Shock Hipovalémico con reintervención de la paciente	1	.5
T o t a l	26	13 %

De las pacientes con dehiscencia de HQ o se les efectuó resutura, en 23 pacientes se utilizó antibiótico profiláctico, 18 ameritaron tratamiento antibiótico que tuvieron morbilidad infecciosa, reingresaron 2 pacientes, se trasladaron 2 pacientes, una a oncología y otra a urología, se manejaron 4 pacientes en cuidados intensivos 2 por shock hipovalémico y 2 por sepsis, una paciente ameritó tratamiento hormonal sustitutivo por climaterio quirúrgico.

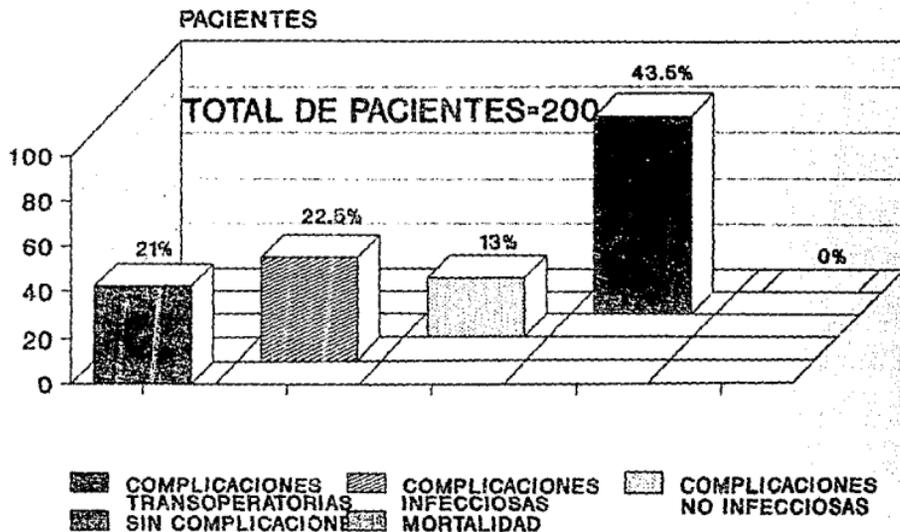
El promedio de días de hospitalización fue de 5 días en 105 pacientes, 78 pacientes de 6-10 días. Las estancias prolongadas fueron secundarias a la morbilidad infecciosa y a las que tuvieron deheicencia de HQ se egresaron hasta su resolución, otras fueron cuando hubo lesión a otros órganos.

No se presentó ningún caso de muerte de las pacientes ya sea directa o indirectamente imputables al procedimiento quirúrgico.

En la Gráfica 9 se analizan las complicaciones transoperatorias y postoperatorias infecciosa y no infecciosa.

(GRAFICA IX)

COMPLICACIONES TRANS Y POSTOPERATORIA INFECCIOSAS Y NO INFECCIOSAS



Comentarios y Conclusiones

Del presente estudio retrospectivo se desprende que la casística encontrada en cuanto a frecuencia, indicaciones para la histerectomía es similar a la de los autores consultados, la correlación entre diagnóstico preoperatorio y reporte de patología se encontró dentro de lo reportado en la literatura consultada con un margen de error entre 12.5% en grandes series de histerectomías (6,248 casos) hasta un 30.8 de 246 casos reportados por Miller (4, 8, 9, 3). En nuestro estudio el margen de error fue de 29.5%

Un dato importante de mencionar es que en nuestro estudio se encontró un índice bajo de morbilidad infecciosa con un porcentaje de 22.5% en relación a un 40-60% según la literatura consultada (5, 6), aún también en lo que respecta a otras complicaciones no infecciosas ésta fue baja.

Es importante hacer notar que en dicho procedimiento intervinieron médicos residentes de 3er grado que actuaban como cirujanos ya que dicho hospital también es escuela y esta variable no es significativa ya que los porcentajes analizados nos encontrábamos entre lo reportado o por debajo de lo mencionado en la literatura consultada.

- La Histerectomía abdominal es una de las cirugías mayores y que ocupa un lugar preponderante y que permanecerá por muchas décadas dentro de la cirugía ginecológica mientras no haya otra alternativa de manejo para la patología benigna o maligna de útero.
- A pesar de los apoyos paraclínicos aún hay un alto porcentaje de exeresis de úteros sanos desde el punto de vista histopatológico, sin embargo el problema fundamental puede ser funcional, y que justifique el procedimiento quirúrgico.
- Una premisa básica para disminuir la morbimortalidad es la indicación precisa de la cirugía y un manejo escrupuloso de los tejidos ya que una indicación mal hecha o una técnica quirúrgica inadecuada aumenta la morbimortalidad.
- Es importante un seguimiento a largo plazo de estas pacientes para valorar el impacto psicológico o las alteraciones en el metabolismo del calcio en las pacientes ooforectomizadas así como la repercusión en la libido.