

11217  
143  
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE MEDICINA

COMPLICACIONES EN HISTERECTOMIAS

TESIS DE POST-GRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

DRA. MARIANELA SUAREZ MENDOZA  
Residente de ginecología y obstetricia  
Hospital Regional 1°. de Octubre I.S.S.S.T.E.  
México, D.F.

ASESOR:

DR. FELIPE CAJIGA MATA  
Médico adscrito al servicio de Ginecología y  
Obstetricia.  
Hospital Regional 1°. de Octubre I.S.S.S.T.E.  
México, D.F.

México, D.F.

1992.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE:

1.-	INTRODUCCION.	-----5
2.-	ANTECEDENTES	-----6
3.-	MATERIAL Y METODOS.	-----16
4.-	RESULTADOS.	-----18
5.-	CONCLUSIONES.	-----24
6.-	BIBLIOGRAFIA:	-----26

## S U M M A R Y .

THE GYNECOLOGY SERVICE OF HOSPITAL (1º DE OCTUBRE ISSSTE) FROM 1º DECEMBER 1990, TO NOVEMBER 30 1991, WERE REALIZED ABDOMINAL HYSTERECTOMY AND VAGINAL HYSTERECTOMY TO 188 --- PATIENTS TO TOTALITY 86% WERE ABDOMINAL HYSTERECTOMY AND VAGINAL HYSTERECTOMY WERE 16%.

THE OLDER ELEDER FREQUENCY WAS THE COMPLICATIONS MOST -- FREQUENCY OBSERVED, WERE HEMORRHAGE, TRACT URINAIY INFECTIONS.

THE COMPLICATIONS WERE 0.5 - 3.1% IN THIS STUDY.

## INTRODUCCION

Las complicaciones que se presentan durante la histerectomía tanto vaginal como abdominal depende de la edad de la paciente, de su estado general la presencia de una enfermedad como diabetes, tarstornos pulmonares y cardíacos. Según la -- literatura reportan que la mortalidad general en este tipo de cirugías es menor de 0.1% y las complicaciones transoperatorias como postoperatorias va de 0.5% a 3%.

El presente trabajo hace una descripción de los aspec-- tos históricos y evolutivos de estos procedimientos, realizando un análisis de las diferentes indicaciones y complicacio-- nes, así como aspectos imporatantes de ambas técnicas quirúr-- gicas que hay que tomar en consideraicón para disminuir los - accidentes y lesiones durante el acto operatorio.

Se realizó una revisión de casos clínicos en un período comprendido en un año donde se estudiarion a un total de 188 pacientes a las que se realizó histerectomía total abdominal o bien vaginal en el Hospital Regional 1° de Octubre con el - fin de determinar el porcentaje y tipo de complicaciones ob-- servadas en este grupo de pacientes.

### ANTECEDENTES

En 1843 Charles Clay, de Manchester, hizo una extirpación abdominal de un útero leiomatoso pero falleció al decimo quinto día. La primera extirpación exitosa de un útero leiomatoso fue en Massachusetts en 1853 por el Dr. Walter Burnham, la causa de esta histerectomía se debió a que había una insuficiente anestesia y la paciente vomitó motivo por el cual -- extruyo un gran útero a través de la incisión y el cirujano no pudo volver a introducirlo por lo que se vió obligado a extirparlo, la paciente sobrevivió. Posteriormente este cirujano realizó 15 histerectomías más y sólo sobrevivieron a ella 3 pacientes.

Palmer en 1880 recopiló un total de 119 histerectomías encontrando una mortalidad quirúrgica de 64%

La histerectomía vaginal fue realizada por primera vez en 1813 en Alemania por Langenbeck y en 1829 por John Collins Warren en boston. Ambas operaciones fracasaron. Fue hasta -- 1881 que Fenger describió la operación. Actualmente hay mucha polémica en relación a cual técnica utilizar: si la vía abdominal o la vía vaginal, tal polémica continúa desde fines del siglo XIX, hasta nuestros días.

Amirika y Evans indican que la mortalidad de la histerectomía total es del 0.23%. Se prefiere la vía abdominal para tumores voluminosos, grandes lesiones ováricas, endometriosis, enfermedad pélvica, intervenciones quirúrgicas previas.

La histerectomía vaginal es un procedimiento que tiene gran aceptación en los últimos 20 años. Las molestias postoperatorias son mínimas y las complicaciones raras, aunque frecuentemente se observan infecciones de vías urinarias, sobre todo cuando se procede a reparación de cistocels.

Pratt ha estudiado las complicaciones dividiéndolas en vasculares, urinarias y piógenas, indicando que la morbilidad aumentan en la mujer menor de 35 años por su gran vascularidad pélvica y también presenta mayor morbilidad la paciente de más de 60 años por los problemas relacionados con la edad avanzada.

Las indicaciones específicas para la vía vaginal son el prolapso y la relajación del vestíbulo acompañados de rectocele, enterocele, cistocele e incontendencia urinaria, también son candidatas a cirugía vaginal las pacientes que presenten hemorragia uterina disfuncional recurrente, retroposición doloroso, miomatosis uterina de pequeños elementos.

Son contraindicación para realizar cirugía vaginal a -- las pacientes que presentan miomatosis uterina de grandes elementos, tumores voluminosos de ovario, endometriosis y enfermedades inflamatorias pélvicas.

La nuliparidad y la falta de descenso no son contraindicación de la histerectomía vaginal.

Mattingly y Wilkinson describieron la paciente de alto riesgo, como son: edad avanzada, obesidad, enfermedades intercurrentes del tipo de la diabétes, trastornos pulmonares y alteraciones cardíacas diversas aumentan las probabilidades de una complicación postoperatoria.

Las complicaciones en orden de frecuencia durante las - histerectomías son las siguientes:

1.- Hemorragia se presenta a consecuencia de una hemostasia inadecuada al operar. Puede ser ligera y ceder esponta-- neamente o puede ser masiva y producir grados variables de -- choque, esta complicación la podemos observar cuando todavía está en quirófano o en la sala de recuperación.

La cirugía vaginal puede ir seguida de hemorragia abdominal o vaginal esta última puede ceder con taponamiento o -- con sutura vaginal. Pero si no se logra combatir el sangrado

se debe realizar una laparotomía exploradora para ligar los vasos sangrantes.

La histerectomía abdominal puede acompañarse de hemorragia grave intraperitoneal y grados masivos de hemoperitoneo, se debe realizar laparotomía exploradora. Cuando se observan los pasos sangrantes se deben ligar cuando no se distingue bien un vaso existe la posibilidad de ligar el uréter.

Si el sangrado no se controla se puede utilizar como alternativa la ligadura de los vasos hipogástricos.

La hemorragia puede presentarse en etapa tan tardía como 10-14 días después de la operación vaginal a abdominal, tal vez resulte de la absorción del catgut tiende a ser ligera y temporal manifestándose por sangrado transvaginal para lo cual se puede colocar un taponamiento.

2.- Hematoma. Es una complicación postoperatoria algo tardía después de cirugía vaginal o abdominal. Es más frecuente en la mujer joven con riesgo sanguíneo abundante, en ocasiones hay poca sintomatología pero una temperatura elevada junto con un descenso del hematócrito en fase postoperatoria debe hacernos sospechar. El hematoma muchas veces se palpa en la parte baja de la pelvis en ocasiones se va disecando en dirección de fondo de saco, con tratamiento se puede realizar -

una colpotomía posterior la cual puede ser curativa, aunque -- hay que tener cuidado de no lesionar vejiga o intestino lo -- cual originaría fístulas.

### 3.- Complicaciones urinarias.

#### a) Retención urinaria:

Es más frecuente en cirugía vaginal acompañada de reparación anterior. La anuria al retirar la sonda suele resultar molesta porque requiere de deteterismos repetidos y la nueva introducción de una sonda permanente que origina infección. -- Por eso se está utilizando como alternativa el drenaje suprapúbico introducido a través de una aguja de gran calibre sin recurrir al drenaje uretral.

#### b) Infección:

La cistitis o la infección de la vejiga es muy frecuente después de la cirugía vaginal con reparación anterior, -- cuando se ha utilizado el cateterismo, pero ceda rápidamente con antibióticos y/o antisépticos urinarias.

Puede producir pielonefritis originando fiebre elevada, con escalofríos y dolor en flanco. Lo cual mejora rápidamente con los antibióticos, si no es así se debe solicitar pielo

graffa intravenosa, para excluir la posibilidad de cualquier lesión operatoria de las vías urinarias.

c) Fístula:

La lesión de uréteres o vejiga es más frecuente después de realizar histerectomía radical por enfermedad maligna sobre todo en la paciente previamente radiada. Sin embargo se puede presentar tanto en histerectomía total abdominal como en la vaginal, si se descubre a tiempo durante el acto operatorio las medidas reparadoras dan buenos resultados. De lo contrario la fuga de orina después de la operación indicará la probabilidad de una fístula, aunque esta fuga en ocasiones se presenta hasta varios días más tarde a consecuencia de una dificultad en el riesgo sanguíneo más que traumatismo directo a las vías urinarias. Para prevenir y no lesionar el uréter se puede cateterizar el mismo.

4.- Complicaciones pulmonares. La paciente que presenta enfermedad pulmonar obstructiva, como bronquitis crónica, asma y enfisema representan un peligro mayor de dificultades respiratorias después de la operación y tienen una frecuencia elevada de disrupción de herida, por lo que estas pacientes deben ingresar antes de su intervención para indicar terapéutica con antibióticos y aerosoles, ya que en cualquier caso puede presentarse atelectasia posoperatoria posoperatoria o -

colapso pulmonar origianda por los tapones de moco.

5.- Complicaciones intestinales:

a).- Ileo paralítico:

Se presenta después de una histerectomía abdominal complicada, aunque también se puede producir después de una cirugía vaginal.

Puede haber gran distensión con vómitos y a veces es -- difícil hacer el diagnóstico diferencial con una obstrucción mecánica verdadera.

Los ruidos intestinales están abolidos yno han cólicos ni calambres que se presentan en la obstrucción mecánica. Se observa el intestino delgado pequeño y dilatado. Esta alteración se trata con sonda nasogástrica ycon estimulantes intestinales y los enemas.

b).- Obstrucción mecánica:

Es más frecuente en la histerectomia total abdominal si un asa de intestino queda fija a pared vaginal, se presenta - nauseas, vómito distensión y ruidos intestinales altos.

En ocasiones la sintomatología cede con sonda nasogástrica de no ser así se deberá realizar la parotomía exploradora, por la posibilidad de compromiso vascular intestinal.

6.- Tromboembolia. Se presenta secundariamente a trombo sis de las venas profundas de las extremidades inferiores por traumatismo en las venas pelvianas o de la extremidad inferior.

En ocasiones el primer síntoma es la presentación de un émbolo pulmonar. Las pacientes con mayor tendencia a presentar. Este tipo de complicaciones son pacientes obesas, diabéticas, caquéticas, con insuficiencia venosa periférica avanzada por lo que estas pacientes se deben someter a tratamiento médico previo a la cirugía con anticoagulantes, para evitar estas complicaciones.

La tromboflebitis puede presentarse después de una semana o después de este tiempo, se presenta a veces como febrícula con molestia en el muslo y signos positivos de Homan, edema de las piernas, sin embargo no cursa con esta evolución en ocasiones y la paciente inicia con dolor torácico, hemoptisis y en algunas ocasiones choque, el tratamiento es a base de anticoagulantes y de no ceder el cuadro se realiza ligadura de la vena ovárica o de la cava.

7.- Infección. Es más frecuente en pacientes obesas y diabéticas. Los abscesos pelvianos se pueden presentar secundarios a hematoma infectado. Cuando la infección es por gram-negativos pueden caer en choque sin pérdida de sangre (choque endotóxico), el tratamiento debe ser hidratación, sangre en caso necesario, antibióticoterapia, fármacos vasomotores y -- cortisona. Se debe drenar el absceso para prevenir más complicaciones.

8.- Desequilibrio hidroelectrolítico. Se presenta sobre todo en pacientes operadas con complicaciones, cuando presentó náuseas o vómito sostenido y con necesidad de líquidos -- parenterales de manera continua. Es importante vigilar química sanguínea y electrolitos séricos.

9.- Evisceración. La disrupción completa o parcial de la incisión después de una intervención abdominal se presenta con más frecuencia en las obesas o muy delgadas o cuando al mismo tiempo presenta un problema respiratorio como bronquiegtasia.

Las características que se presentan son una exudado serosanginolento a nivel de la incisión, con febrícula. Los hematomas tienen gran tendencia a infectarse y a provocar disrupción de la sutura.

La evisceración es una complicación grave que se presenta en menos del 0.5% pero tiene una mortalidad del 20%.

10.- Cuerpos extraños. Es importante la cuenta de gasas y compresas utilizadas durante la cirugía así como el instrumental completo para evitar olvidos dentro de la cavidad abdominal. Nos pueden originar obstrucción mecánica intestinal, fiebre, disrupción de la herida.

11.- Lesión nerviosa. Se puede lesionar el nervio crural presentando embotamiento, parestesia y debilidad del mismo. La neuropatía puede estar causada por la presión prolongada de las hojas laterales del separador automático y no por el cirujano directamente. También se pueden traumatizar los nervios ciáticos o ciático poplíteo externo en ocasión de cirugía vaginal, cuando la posición de litotomía origina compresión por la barra del sostén de la pierna.

La lesión nerviosa generalmente es pasajera y el tratamiento con ayuda de especialistas en medicina física y rehabilitación.

12.- Prolapso de la trompa. Este problema es muy raro, la trompa parece tejido de granulación pero es muy dolorosa - puede haber mucha exudación y molestia, esto se evita siguiendo una técnica quirúrgica adecuada. El tratamiento se realiza

por vía vaginal suturando y recortando al máximo la salpinge prolapsada.

#### MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo que fue elaborado en el -- Hospital Regional 1º de Octubre del I.S.S.S.T.E., donde se -- analizaron 188 pacientes postoperadas de histerectomía total abdominal o vaginal.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Todas las histerectomías efectuadas entre el 1º de Di-- ciembre de 1990 y el 30 de Noviembre de 1991.

Este estudio es retrospectivo y se utilizó una cédula - de recolección de datos en la que se tomaron en cuenta algu-- nos parámetros como son: nombre, cédula, edad, diagnóstico -- preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, hallazgos transope-- ratorios, complicaciones postoperatorios, días de hospitaliza-- ción, reintervenciones y causas, exploración física y urogra-- fía excretora en caso necesario.

Las pacientes que fueron excluidas de este estudio fue-- ron las que presentaban cáncer genital avanzado (pélvis conge-- lada) y endometriosis avanzada.

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Expediente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dx preoperatorio \_\_\_\_\_

Dx postoperatorio \_\_\_\_\_

Complicaciones transoperatorias \_\_\_\_\_

Complicaciones postoperatorias \_\_\_\_\_

Días de hospitalización \_\_\_\_\_

Reintervención y causas \_\_\_\_\_

Exploración física \_\_\_\_\_

Urografía excretora \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

## RESULTADOS

En el servicio de ginecología del Hospital Regional 1º de Octubre del I.S.S.S.T.E., del 1º de Diciembre de 1990 al 30 de Noviembre de 1991 ingresaron para ser operadas de histerectomía 188 pacientes de diferentes edades, con diagnósticos diferentes como son miomatosis de pequeños elementos, miomatosis uterina de medianos elementos, miomatosis de grandes elementos, prolapso uterino, displasia severa, hiperplasia glandular quística, adenomiosis enfermedad inflamatoria residual. (Cuadro No. 1).

Del total de las 188 pacientes, a 158 se les realizó cirugía abdominal lo que representa un 84%. A 30 pacientes se les realizó cirugía vaginal lo que representa un 16% (ver gráfica 1).

La mayor frecuencia en promedio de edad para la realización de histerectomías por diversas causas fue el grupo comprendido entre 41=45 años con un 38.52% y el grupo de 36=40 años con un 27% del total de pacientes estudiadas (ver cuadro 2).

La hemorragia predominó en la cirugía abdominal y su frecuencia fue de un 3.19%. La infección de vías urinarias se presentó en un 2.6%. La dehiscencia de herida quirúrgica fue

de un 1.06%, fistula en una sola paciente lo que representa - un 0.53%

DIAGNOSTICO DE INGRESO

CAUSAS	No. PACIENTES
MIOMATOSIS UTERINA DE PEQUEÑOS ELEMENTOS.	88
MIOMATOSIS UTERINA DE MEDIANOS ELEMENTOS.	52
MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS.	25
MIOMATOSIS UTERINA + INCONTINENCIA URINARIA Y/O CISTOCELE	10
PROLAPSO UTERINO	9
DISPLASIA SEVERA	7
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA RESIDEIVANTE	3
HIPERPLASIA GLANDULAR QUISTICA	2
ADENOMIOSIS	1
TOTAL	197 PACIENTES

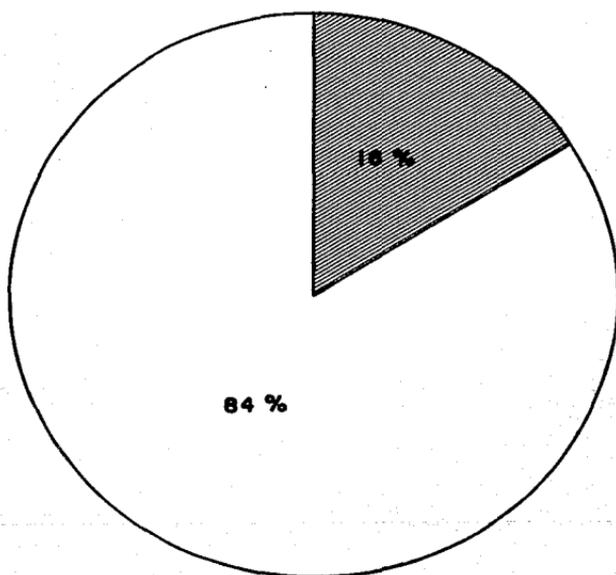
NOTA:

Algunas de las pacientes estudiadas, no solo presentaban una sola patologí sino que a veces prevalecían dos o tres -- padecimientos.

CUADRO No. 1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**·PORCENTAJE DE HISTERECTOMIAS  
ABDOMINAL Y VAGINAL**



Histerectomía Abdominal

Histerectomía Vaginal

**Grafico N° 1**

FRECUENCIAS DE HISTERECTOMIA POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	No. HISTERECTOMIZADAS
20-25 AÑOS	1
25-30 AÑOS	2
31-35 AÑOS	14
36-40 AÑOS	50
41-45 AÑOS	73
46-50 AÑOS	33
51-55 AÑOS	13
56-60 AÑOS	2
61-65 AÑOS	1
66-70 AÑOS	1
71-80 AÑOS	1

CUADRO No. 2

## PORCENTAJE DE FRECUENCIA EN CUANTO A EDAD DE HISTERECTOMIAS

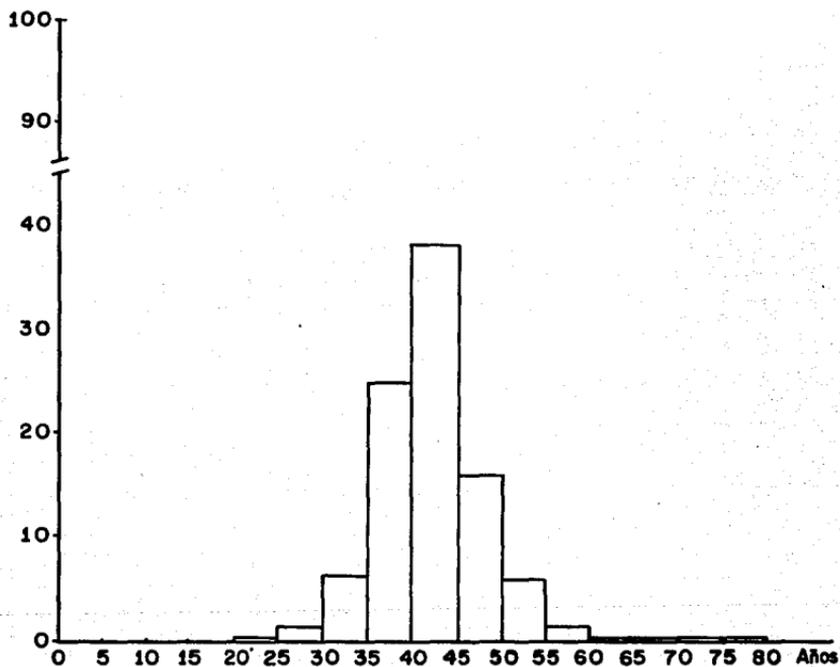


Grafico Nº 2

COMPLICACIONES QUE MAS FRECUENTEMENTE SE PRESENTARON EN EL PRESENTE ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 188 PACIENTES.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	COMPLICACIONES POSOPERATORIAS	
SANGRADO 6	0	3.19%
INFECCION VIAS URINARIAS 0	5	2.6%
INFECCION DE HERIDA QUIRURGI CA. 0	2	1.06%
FISTULA	1	0.53%

La incidencia de hemorragia se presentó en la cirugía abdominal, mientras que las infecciones de vías urinarias se presentaron en la cirugía vaginal. La fístula vesicovaginal se presentó en una paciente con miomatosis uterina de grandes elementos con cirugías previas.

## CONCLUSIONES

El presente estudio nos muestra que la edad en la cual es más frecuente encontrar patología uterina es en la edad -- comprendida entre los 41-45 años y de los 36-40 años respectivamente lo cual nos explica el porqué de las hemorragias, ya que es más frecuente que se presente en este tipo de paciente por la gran vascularidad que presentan, el porcentaje fue de 3.19% que concuerda con lo reportado en la literatura mundial, en cuanto al porcentaje de infecciones encontramos que representa un 1.06% lo cual también esta acorde con lo reportado.

Es más frecuente el sangrado cuando se realiza cirugía abdominal sobre todo si hay cirugías previa.

También encontramos que la infección de vías urinarias fue frecuente en cirugía vaginal aumentando si se realizaba - plastía anterior para tratar incontinencia urinaria de esfuerzo o bien cistocele, sin embargo estas alteraciones se corrigen fácilmente usando antibióticos o bien antiséptico urinario según sea el caso.

Los días de estancia hospitalaria fue en promedio de -- 3.5 días.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que en el Hospital Regional 1º de Octubre, el porcentaje de morbilidad en histerectomía se sitúa en un 0.53 a 3% el cual es similar a lo reportado en la literatura internacional.

Otro dato importante que encontramos en este estudio -- que predomina la cirugía abdominal sobre la vaginal.

Por índice de frecuencia la principal complicación es -- la hemorragia, infección de vías urinarias, e infección de herida quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- White SC Warte LJJ Wade ME: comparson of abdominal and vaginal hysterectomies. Obs. gynecol 1971 37,530
- 2.- Neuwirt RS: Hysteroscopic management of sytmomatic submucosus fibrodes obst gynecol. 1988 62: 509
- 3.- Ridley John H MD Malpsiciones del útero. Ginecologia operatoria 1990, 472:495
- 4.- Te Linde W. MD Operaciones para estados no neoplásicos 1990, 172-219
- 5.- Mattingly RF: Large myoma uteri and stress urinay incontinence Nichols DH (ed) Clinical problems injurries and complications of gynecology surgery Battmore Williams an Wilks 1989. .
- 6.- Kilku P; Lehtinen V; Hirvonen T; Gr onroos M. Abdominal hysterectomy versus supravaginal uterine amputation: Psychic factors. An Chir Gynaecol suppl. 1987 202:62-7
- 7.- Kilku P supravaginal uterine amputation Vs hysterectomy Efectos en coital frequency and dyspareunia Acta obst Gynecol Scand 1983; 62 (2); 141-5
- 8.- Salter JR. Gynecological synptoms and psychological distess impotential hysterectomy patients. J Psychosom res 1985; 29(2): 155-9