

11217

Universidad Nacional Autónoma de México

95

División de Estudios Superiores

2ej



CORRELACION ANATOMOCLINICA DE LAS
HISTERECTOMIAS REALIZADAS EN EL CENTRO
HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE
REVISION DE UN AÑO

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MARIO MIRANDA LAMADRID

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993



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

	Pag.
INTRODUCCION	1
DATOS HISTORICOS	6
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	15
COMENTARIOS	52
CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFIA	106

INTRODUCCION

La cirugía es mucho más que la simple aplicación de técnicas operatorias, y surgen a menudo decisiones muy difíciles de tomar cuando otros métodos de tratamiento brindan al parecer perspectivas terapéuticas iguales o superiores.

Es el caso de la histerectomía, método quirúrgico que se antoja fácil justificar sobre todo cuando se han comprobado la presencia de hallazgos microscópicos de lesiones patológicas. Miller - en 1945, en una revisión de 245 pacientes a las que se les había extraído el útero, señaló que en el 30.8 por 100 de las piezas - extirpadas no se identificaron lesiones patológicas que justificaran dicha intervención quirúrgica (63).

Schulz Contreras en 1958, revisó 514 piezas quirúrgicas por histerectomía realizadas en el Hospital General de México del - año de 1955 a 1957, reportando no haber encontrado lesiones microscópicas en el 12.4 por 100, que justificarán la histerectomía. (1).

Hace algunos años el Dr. J. Joel Cohen, pidió a tres patólogos, revisar 300 casos consecutivos de resecciones uterinas y con testar a las dos siguientes preguntas: primera: ¿había adenomiosis?, y la segunda; ¿en cuantos casos se descubrieron signos -

La histerectomía constituye un tema verdaderamente apasionante para quienes cultivamos la ginecología, ha sido tratado infinidad de veces, con un volumen creciente de información científica al respecto (3).

En los últimos 35 años se ha concedido enorme importancia a la investigación básica en obstetricia y ginecología. También se ha logrado una mejor distribución de los cirujanos ginecólogos y generales competentes, ha habido progresos importantes en el equipo y técnicas quirúrgicas y también se han logrado avances notables en los métodos anestésicos, la mejor reposición de líquidos, de sangre y electrolitos, antibióticos más eficaces y el mayor control de las complicaciones infecciosas han dado por resultado una mayor supervivencia de los pacientes que son sometidos a cualquier tipo de intervención quirúrgica.

El cirujano de pelvis debe tener un conocimiento cabal y familiaridad completa con la anatomía normal de la pelvis. Las modificaciones y recomendaciones creadas por la escuela Mexicana y Extranjera, han mantenido en progreso constante este tipo de cirugía, y han reducido sus complicaciones al mínimo. Son tantos los cirujanos que han aportado sus experiencias a fin de per-

microscópicos de cervicitis crónica?. Los resultados de los tres especialistas fueron casi idénticos, en efecto encontraron que - cerca del 42 por 100 de los casos había datos de adenomiosis y mas del 95 por 100, signos de cervicitis crónica. Esta frecuencia de adenomiosis uterina es similar a la citada por Emge (1956 1962), quien la encontró en el 52 por 100, de las piezas quirúrgicas de histerectomía por leiomiomas.

En presencia de endometriosis, coexistió adenomiosis en el 69% de los casos, y en úteros resecaos por autopsia en el 53.7 - por 100.

Cuan difícil resulta entonces justificar la histerectomía si además añadimos el gran número de mujeres con leiomiomas.

Por tanto quizá no se justifique por completo la histerectomía si tomamos como base que el útero extirpado se identificaron hallazgos microscópicos anormales (61).

Existen en la actualidad ideas muy liberales en relación a la indicación de histerectomía y es motivo de controversia. Tal vez -- debido a la falla en la comunicación de la justificación y a criterios no uniformes.

Henry W. Foster, Jr. propone extirpar el útero aún cuando anatómicamente este normal.

Preconiza la histerectomía como método de esterilización o para suprimir las menstruaciones por motivos higiénicos en pacientes con severo retardo mental, embarazo ectópico tubario o intersticial, dismenorrea, historia familiar de cáncer genital, mujeres de más de 35 años con quistes ováricos benignos, diabéticas por el peligro de cáncer del endometrio, tuberculosis genital resistente a fármacos; metrorragia disfuncional etc. y sólo destaca como factor determinante en la decisión de efectuar una histerectomía, el número de hijos previos. reporte en su estudio 458 casos de histerectomías realizadas en los últimos 10 años; 82 (16 por 100) de los uteros extirpados fueron considerados como normales, de estos 41 (50 por 100), estuvieron dentro del grupo de indicaciones establecidas, siendo la congestión pélvica crónica la más frecuente, de 16 (19,5 por 100) casos de metrorragia disfuncional fué el diagnóstico más frecuente dentro de las indicaciones relativas. La morbilidad fué mínima (64).

Sin embargo la mayoría de las publicaciones no comparten estas ideas, y si concuerdan en su criterio de operabilidad similar y conservador, donde las indicaciones de histerectomía van en ---

relación directa a la magnitud del problema y la severidad de la sintomatología y sobre una base individual (1,3,4,61).

Para indicar la extirpación del útero es obligatorio meditar lo escrupulosamente y valorar en cada caso la trascendencia desfavorable para la mujer a quien se priva de tal órgano que es trascendental para la reproducción y complementario para la integración psicobiológica de la mujer y que tiene además un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social.

DATOS HISTORICOS

HISTERECTOMIA VAGINAL:

Se menciona a Soranus de Efeso, como el primero en practicar la extirpación de un útero, en el siglo II de la era cristiana, al parecer fué en una paciente con útero invertido y gangrenado, pero posiblemente no fué una histerectomía total.

En la misma forma y circunstancia se menciona a Avensser y a Seren^gario de Capri.

Parece que Andrea de Croca realizó la primera histerectomía vaginal en 1560.

Diversos autores señalan a G. Langenbeck efectuando histerectomía vaginal por prolapso uterino en 1813.

Posteriormente Pallsta en 1817, Sauter en 1822, Blundel en 1828; — sin embargo la primera histerectomía de que se tiene noticia auténtica fué realizada por el Dr. J. Warren, profesor de anatomía y cirugía en la Universidad de Harvard el 10. de mayo de 1829 para — tratar un carcinoma del útero.

En nuestro país fué el Dr. Nicolas San Juan y Jardiñ, fundador de — la Clínica de Ginecología en México, y considerado como el mayor —

ginecólogo de la era preaséptica, quien realizó la primera histerectomía vaginal, en una paciente con epiteloma cervical en un útero prolapsado, el 13 de febrero de 1878. Su técnica se basó en ligaduras, sección y cauterización por etapas. 13 años después el Dr. A. R. Savilán extendió la indicación de esta técnica a los adenomas uterinos también en presencia de prolapso uterino.

En 1906 la vía vaginal se había difundido, como vía de acceso para diversos procedimientos, fué entonces cuando el Dr. Julian Villarreal extirpó un quiste gigante del ovario izquierdo y en 1908, presentó a la Academia Nacional de Medicina su trabajo sobre las operaciones que podrían hacerse por "laparotomía vaginal". Sin embargo dicha técnica ocasionaba accidentes y complicaciones graves.

Fuó el profesor Weibel, de Viena quien logró perfeccionar la técnica y más tarde el maestro Manuel J. Castillejos mejoró tal procedimiento dando mayor seguridad a la ligadura de los pedículos y formó una bóveda vaginal más adecuada.

Fuó con la experiencia del Dr. Castillejos que data de 1930, con la experiencia que permite al Dr. Joaquín Correa, presentar 6 años después el primer trabajo estadístico basado en 130 operacio-

nes. (50).

HISTERECTOMIA ABDOMINAL:

Hace 127 años el Dr. Walter Burnham efectuó la primera histerectomía abdominal en forma satisfactoria (1870) la cual fué ejecutada accidentalmente. En efecto, abrió el abdomen con el objeto de llevar a cabo una ovariectomía, operación que ya había sido practicada por Ephraim McDowell en 1809, la paciente vomitó, como era frecuente en aquellos primeros días de la anestesia y un útero repleto de fibroides salió a través de la incisión. El Dr. Burnham, a sentirse incapaz de situar de nuevo el útero en su lugar procedió a hacer una histerectomía, aunque Amussat había descrito la miomectomía en 1840. La paciente sobrevivió y Burnham por el buen éxito ejecutó 15 histerectomías, pero tan solo sobrevivieron tres pacientes lo cual hizo desvanecer su entusiasmo. (61).

Se mencionan otros cirujanos como los primeros en realizar la primera histerectomía abdominal en forma satisfactoria, incluso antes que W. Burnham, Charles Clay de Manchester en 1843 para tratar miomatosis uterina, igualmente se menciona a S. Kimbel en 1853.

Koberle de Stanburgo en 1861 preconiza el tratamiento extra peritoneal de los muñones; W. A. Freund en 1878 quien efectuó una histerectomía total por método combinado abdomino-vaginal, con resultados desalentadores.

En México fué el Dr. Rafael Lavista quien realizó y publicó la primer histerectomía abdominal el 22 de marzo de 1878, a partir de entonces diversos autores han contribuido al perfeccionamiento de la técnica.

CEBAREA HISTERECTOMIA:

Fuó Horatio Storer, quien efectuó y publicó la primera histerectomía subtotal después de operación cesárea en 1869, en una paciente con embarazo de término y un gran tumor uterino. Sin embargo la paciente falleció 68 horas después, y fué hasta 1876 en que Eduardo Porro, en Pavia realizó con éxito la primera cesárea histerectomía.

En México fué el Dr. Juan María Rodríguez quien practicó por primera vez una cesárea histerectomía, en 1884, en una mujer de 18 años con malformaciones óseas importantes, sin embargo solo sobrevivió dos días.

HISTERECTOMIA RADICAL:

Desde 1903 ha sido posible tratar el carcinoma del cuello uterino por cirugía o radioterapia, solo cinco años después de haberse descubierto el radio, por Marie y Pierre Curie. Antes de esto Wertheim había establecido su operación radical que como -- cabía esperar en aquellos tiempos producía índices muy elevados de morbilidad y mortalidad.

Poco tiempo después predominó la tendencia hacia el tratamiento con radioterapia. Sin embargo más tarde Meigs (1962), Currie -- (1971), Stallorhy y Warrick (1976), mostraron la tendencia a -- combinar la cirugía con radioterapia. La disminución subsiguiente sin duda muy notable, de la mortalidad operatoria fué debida -- no solo a los progresos en las técnicas quirúrgicas sino en gran parte a los progresos en los métodos anestésicos y cuidados operatorios.

El tratamiento de los tumores malignos procura brindar al enfermo las mayores posibilidades de curación, manteniendo un nivel tolerable de morbilidad y mortalidad. Esto significa que en cada -- caso conviene confrontar las posibilidades de éxito por un lado, con los riesgos inherentes a cada tipo de tratamiento por la otra.

En cirugía oncológica, el grado de radicalidad de una operación varía de una intervención a otra. Si una operación particularmente radical tiene quizás posibilidades de alcanzar mejores índices de curación está también sometida a riesgos más elevados.

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer el índice de error en el diagnóstico clínico - preoperatorio, en relación al diagnóstico anatomopatológico.
- 2.- Estado actual de la historectomía en el Hospital " 20 - de Noviembre ".

MATERIAL Y METODOS

Fueron analizadas en forma retrospectiva 330 casos de histerectomía, realizadas en el Centro Hospitalario " 20 - de Noviembre " del ISSSTE, en el período comprendido del - 1o. de enero de 1979 al 31 de diciembre de 1979.

En base a un protocolo previamente elaborado fueron re- visados los expedientes clínicos, analizando con especial - interés la edad, los antecedentes personales patológicos - antecedentes ginecoobstétricos, padecimiento actual, hoja - quirúrgica, análisis básicos, finalmente el resultado de - anatomía patológica de la pieza extirpada.

Para fines prácticos realizamos la siguiente división en - grupos de pacientes.

1.- Histerectomías Vaginales.

II.- Histerectomías Abdominales.

- a) Histerectomía Abdominal Simple
- b) Histerectomía Subtotal
- c) Histerectomía Radical
- d) Histerectomía por causa Obstétrica.

RESULTADOS

TIPO DE HISTERECTOMIA EN 330 CASOS: CUADRO No. 1

Histerectomía abdominal	288 casos	87.27%
Histerectomía vaginal	42 casos	12.72%

TIPO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL: 288 CASOS CUADRO no. 2

a) Histerectomía simple	250 casos	86.80%
b) Histerectomía obstétrica	23 casos	7.98%
c) Histerectomía radical	9 casos	3.12%
d) Histerectomía subtotal	6 casos	2.08%

GRUPOS DE EDAD: EN 330 CASOS - CUADRO no 3

EDAD:	HIST.T.A. SIMPLE	HIST. VAGIN.	HIST. RADIC.	HIST. OBST.	TOTAL	POR 100
20 años	0	0	0	2	2	0.6%
21 a 30	8	2	0	4	14	4.2%
31 a 40	78	8	4	16	106	32.1%
41 a 50	119	10	1	1	131	39.7%
51 a 60	39	8	0	0	47	14.2%
61 a 70	8	10	4	0	22	6.6%
71 a 80	2	3	0	0	5	1.5%
81 ó mas	2	1	0	0	3	0.9%

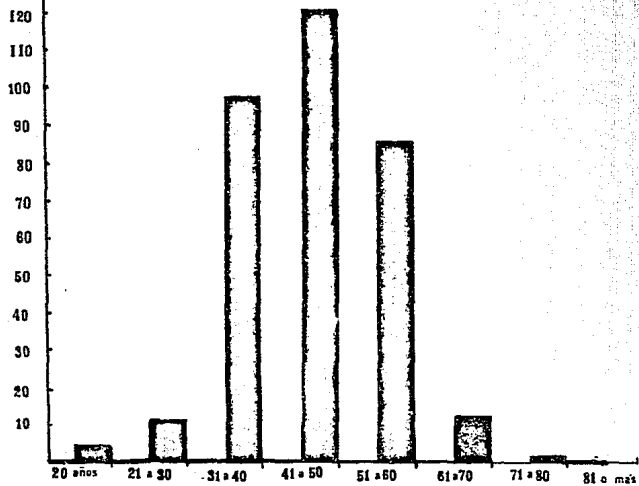
ESTADO CIVIL EN 330 CASOS CUADRO No. 4

Cadañás	240 casos	73.0%
Solteras	13 casos	4.0%

Viudas	18 casos	5.4%
Divorciadas	8 casos	1.8%
Desconocido	46 casos	15.0%

No. de casos

GRUPOS DE EDAD



Histerectomía
Vaginal

H. Abdominal

PADECIMIENTOS CONCOMITANTES DE 330 CASOS CUADRO No. 5

	HIST. ABDOMINAL	HIST. VAGINAL	TOTAL	POR 100
Obesidad	58	6	64	19.39%
Hipertensión arterial sist.	30	2	32	9.69%
Diabetes Mellitus	22	2	24	7.27%
Cardiopatía:				
Izquemica	1	0	1	0.30%
Protesis valvular	4	0	4	1.21%
Doble lesión mitral	1	0	1	0.30%
Hipotiroidismo	6	0	6	1.81%
Asema bronquial	3	0	3	0.90%
Bronquitis crónica	3	0	3	0.90%
Cáncer mamario	3	0	3	0.90%
Artritis	3	0	3	0.90%
Úlcera péptica	3	0	3	0.90%
Enf. de Von Recklin Hausen	1	0	1	0.30%
Bocio coloide	1	0	1	0.30%
Epilepsia	1	0	1	0.30%
Esclerosis múltiple	1	0	1	0.30%
Insuficiencia renal crónica	1	0	1	0.30%
Hernia hiatal	0	1	1	0.30%
TOTAL DE CASOS:	142	11	153	42.27%

Una paciente con shock séptico, insuficiencia renal aguda, y sangra

do de tubo digestivo alto, y otra con 5 padecimientos combinados.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS EN 330 CASOS

CUADRO No. 6

<u>GESTACIONES</u>	HIST. ABDOMINAL	HIST. VAGINAL	TOTAL	POR 100
0	28	0	28	8.4%
I a III	69	10	79	23.9%
IV a VI	96	13	109	33.0%
VII a X	66	14	80	24.2%
Mas de X	29	5	34	10.3%
T O T A L	288	42	330	100.0
<u>PARIDAD</u>				
0	61	1	62	18.7%
I A III	95	14	109	33.0
IV a VI	71	15	86	26.0
VII a X	48	7	55	16.6
Mas de X	13	5	18	5.4
T O T A L	288	42	330	100.0
<u>ABORTOS</u>				
0	141	23	164	49.6%
I A III	126	19	145	43.9%
IV a VI	20	0	20	6.0%
VIII	1	0	1	0.3%
<u>CESAREAS</u>				
I a III	45	4	49	14.8%
IV a V	5	0	5	1.5%
<u>ECTOPICO</u>				
I	5	0	5	1.7%

CIRUGIAS PELVICAS PREVIAS EN 330 CASOS CUADRO No. 7

Número de Cirugías	HIST. ABDOM.	HIST. VAGIN.	TOTAL	POR 100
1	70	5	75	22.7%
2	40	6	46	13.9
3	17	1	18	5.4

CIRUGIAS GINECOLOGICAS PREVIAS POR PACIENTE Y POR ORGANOS EN 330 CASOS

CUADRO No. 8

UTERO:

No. de Cirugías	HIST. ABDOM.	HIST. VAGINAL	TOTAL	POR 100
1	27	0	27	8.2%
2	14	3	17	5.2%
3	10	0	10	3.0%
4	2	0	2	0.6%
5	3	0	3	0.9%

OVARIOS

1	17	1	18	5.4%
2	2	0	2	0.6%

TROMPAS DE FALOPIO:

1	38	4	39	11.8%
2	1	0	1	0.3%

VAGINA

1	10	1	11	3.3%
2	1	1	2	0.6%

LIGAMENTOPEXIA

1	3	0	3	0.9%
---	---	---	---	------

SINTOMATOLOGIA EN 307 CASOS DE HISTERECTOMIA POR CAUSA GINECOLOGICA

	CUADRO no. 9		
Dolor abdominal	181 casos		58.9%
Menorragia	101 casos		32.8%
Síntomas urinarios	38 casos		12.3%
Sensación de tumor abdominal	32 casos		10.4%
Distensión abdominal	29 casos		9.4%
Cuerpo extraño en vagina	26 casos		8.4%
Abdomen agudo	14 casos		4.5%
Fiebre	12 casos		3.9%
Síntomas digestivos	12 casos		3.9%
Flujo sanguinolento	11 casos		3.5%

DIAGNOSTICO POR HALLAZGO: 81 CASOS DE 307. (26.38%) CUADRO No. 10

Citológico	42 casos	51.85%
Clinico	28 casos	34.59%
Histológico	4 casos	4.93%
Transoperatorio	3 casos	3.70%
Radiológico	3 casos	3.70%
Ultrasonido	1 caso	1.23%

TRATAMIENTO PREVIO: 226 CASOS DEL TOTAL (68.48%) CUADRO No. 11

Ligado hemostático	72 casos	31.85%
Ovulos vaginales	53 casos	23.00%
Hormonales orales	25 casos	11.06%
Antibióticos	21 casos	9.29%
Hemotransfusión	21 casos	9.29%
Radioterapia	8 casos	3.53%
Cauterización	3 casos	1.32%
Anticoagulantes	3 casos	1.32%
Hemodialisis	1 caso	0.40%
Otros	20 casos	8.84%

RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL: 275 CASOS DEL TOTAL CUADRO No. 12

Negativo I	46 casos	16,7%
Negativo II	160 casos	58,3%
Negativo III	22 casos	8,0%
D displasia del cérvix		
a) Moderada	5 casos	22,7%
b) Severa	10 casos	45,4%
Hiperplasia endocervical		
Hiperplasia de endocérvix	2 casos	9,1%
Positivo IV	26 casos	9,4%
Cáncer epitelial		
Cáncer epitelial	15 casos	51,9%
Adenocarcinoma de endocérvix		
Cáncer de endometrio	8 casos	30,8%
Positivo V	34 casos	12,4%
Cáncer epitelial		
a) In situ	15 casos	44,1%
b) Microinvasor	4 casos	11,8%
c) Invasor	2 casos	5,9%
Cáncer de endometrio		
Cáncer de ovario	1 caso	2,9%
Cáncer del cérvix??		
Cáncer del cérvix??	10 casos	29,4%
No fué realizada la citología	55 casos	16,6%
Ginecológicas		
Ginecológicas	33 casos	60,0%
Obstétricas		
Obstétricas	16 casos	29,1%
Oncológicas		
Oncológicas	6 casos	10,9%

INDICACIONES: EN 330 CASOS CUADRO No. 13

GINECOLOGICAS:	307 casos	93.0%
OBSTETRICAS:	23 casos	19.6%

I.- GINECOLOGICAS DE ETIOLOGIA BENIGNA 247 CASOS (60.4%) CUADRO No. 14

TUMORES BENIGNOS 166 CASOS (53.7%)

- a) Utero 155 casos
- b) Anexos 10 casos

LESIONES PREALIGNAS: 32 CASOS (10.4%)

- a) Cérvix 11 casos
- b) Endometrio 21 casos

PROCESOS INFLAMATORIOS: 14 CASOS (4.5%)

- a) Utero 5 casos
- b) Anexos 4 casos
- c) Utero y anexos 5 casos

DISTOPIAS: 36 CASOS (10.9%)

II.- GINECOLOGICAS DE ETIOLOGIA MALIGNA: 60 CASOS (19.5%) CUADRO No. 15

- a) Cérvix 39 casos
- b) Endometrio 12 casos
- c) Miometrio 3 casos
- d) Ovario 5 casos
- e) Vulva 1 caso

III.- OBSTETRICAS: 23 CASOS (6.9%).

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR CAUSA GINECOLÓGICA CUADRO No. 16

(TÉCNICA H. T. SIMPLE) 250 CASOS (75.75%).

Miomatosis uterina	133 casos	53.2%
Cáncer cervicouterino	29 casos	11.6%
Hiperplasia de endometrio	20 casos	8.0%
Cáncer de endometrio	12 casos	4.8%
Endometrioanexitis	11 casos	4.4%
Displasias del cérvix	10 casos	4.0%
Quistes ováricos	10 casos	4.0%
Adenomiosis	8 casos	3.2%
Cáncer de ovario	4 casos	1.6%
Congestión pélvica crónica	3 casos	1.2%
Sarcoma	3 casos	1.2%
Poliposis endometrial	1 caso	0.4%
Perforación uterina post-legrado	1 caso	0.4%

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL: 6 CASOS (1.81%) CUADRO No. 17

Cáncer cervicouterino con tumor		
irresecable y endometrioanexitis	1 caso	16.66%
C.A.C.U +piometra y perforación	1 caso	16.66%
C.A. de Ovario invasor	1 caso	16.66%
Miomatosis múltiple	1 caso	16.66%
Miomatosis y endometrioanexitis	1 caso	16.66%
Miomatosis y protesis valvular C.	1 caso	16.66%

El último caso presentó hemoperitoneo, reoperando y resecaando cérvix residual en 2o. tiempo.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA RADICAL 9 CASOS (3.12%) CASO No. 18

CA. CU Estadio IB	6 casos	66.6%
Estadio IIB	2 casos	22.2%
Cáncer de vulva	1 caso	11.1%

La indicación de realizar histerectomía en cáncer cervicouteri-
no IIB, fueron: en una por persistencia a radioterapia y la otra-
por endometriosis post-radioterapia.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA POR CAUSA OBSTETRICA 23 CASOS (6.96%)

Aborto séptico	CASO No. 19	7 casos	30.43%
Atonía uterina post-cesárea		3 casos	13.04%
Obito		3 casos	13.04%
Acretismo placentario post-cesárea		2 casos	8.69%
Dehiscencia de histerorrafia post-cesárea		2 casos	8.69%
Perforación uterina por legrado		2 casos	8.69%
Dehiscencia de histerorrafia postparto		1 caso	4.34%
Embarazo de 15 semanas +radioterapia por cáncer mamario		1 caso	4.34%
Embarazo ectópico		1 caso	4.34%
Embarazo de 24 semanas R.P.M inducción fallida		1 caso	4.34%

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA VAGINAL 42 CASOS (12.72%) CUADRO No. 20

Prolapso uterino	30 casos	71.42%
Prolapso y displasia del cérvix	6 casos	14.28%
Miomatosis y cistorrectocele	4 casos	9.52%
Hiperplasia adenomatosa y cisto.	2 casos	4.76%

RIESGO QUIRURGICO EN 330 CASOS CUADRO No. 21

RIESGO I	30 casos	9.0%
RIESGO II	190 casos	57.5%
RIESGO III	11 casos	3.3%
No se valoró	99 casos	30.0%

TIPO DE ANESTESIA

General	236 casos	71.5%
BFC	25 casos	7.5%
BSA	47 casos	14.2%
BSA + General	22 casos	6.6%

TIPO DE INCISION

Media	265 casos	92.0%
Charryler	16 casos	5.5%
Pfnestiel	6 casos	2.0%
Paramedia	1 caso	0.3%

TECNICA

Intrafacial	116 casos	63.73%
Extrafacial	128 casos	45.39%
No se describe	38 casos	13.47%

CUPULA

Abierta	74 casos	22.63%
Cerrada	250 casos	70.01%

DRENAJES 52 CASOS DE 330 HISTERECTOMIAS (15.7%) CUADRO No. 22

SITIO	TIPO DE DRENAJE	Nº. CASOS	INFECTIBILIDAD No. CASOS
CUPULA	Percutaneos	42(80.7%)	Abscesos sup. 1(2.3%)
	Percutaneos+tubo rígido	4(7.7%)	
	Foroveck	9(17.3%)	
	Casa	1(1.9%)	Absceso sup. 1(100%)
TEJ. DEL.	Percutaneos	25(48.0%)	Absceso pared 1(4%)
SUB-APFUREU			
ROSB.	Percutaneos	4(7.7%)	
CONTRASENT.			
A CAVIDAD	Percutaneos +tubo rígido	2(3.8%)	

TIEMPO QUIRURGICO CUADRO No. 23

Menos de 1 hora	6 casos	1.8%
1.05 a 2.00	140 casos	42.4%
2.05 a 3.00	134 casos	40.6%
3.05 a 4.00	30 casos	9.0%
4.05 a 5.00	4 casos	1.2%
5.05 o más	2 casos	0.6%
No fué reportado	15 casos	4.5%

El promedio de tiempo operatorio en historectomías radicales fué de 4.45 Hrs.

OVARIECTOMIA EN 330 CASOS CORRELACION HIST. T. A. E HIST. VAG. CUADRO NO.24

ANEXOS	HIST. ABDOM.	HIST. VAG.	TOTAL	%
Ambos anexos	209	34	243	12.7
Anexo derecho	25	1	26	7.8
Anexo izquierdo	18	1	19	5.7
Sin anexos	8	34	42	12.7

OTRAS CIRUGIAS EFECTUADAS EN MISMO TIEMPO QUIRURGICO: EN 330 CASOS

CUADRO No. 25

TIPO DE CIRUGIA	HIST. ABDOMINAL	HIST. VAGINAL	TOTAL	%
Plastia vaginal	10	39	49	14.8
Apendicectomía	7	0	7	2.1
Omentectomía	6	0	6	1.8
Hernia umbilical	3	0	3	0.9
Marshal N.	3	0	3	0.9
Hernia inguinal	0	1	1	0.3

OTRAS VARIANTES: Y CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LA HISTERECTOMIA

CUADRO No. 26

MEDIDAS DEL UTERO EN HISTERECTOMIAS VAGINALES: 42 CASOS

4 a 5 cm	9 casos	21.4%
6 a 7 cm	14 casos	33.3%
8 a 9 cm	16 casos	38.0%
10 cm	2 casos	4.7%

TAPONAMIENTOS PELVICOS UTILIZADOS CON FINES HEMOSTATICOS DE LECHO OP.
EN CASOS DE HISTERECTOMIA RADICAL: 9 CASOS. CUADRO No. 27

Compresas	1 caso	11.11%
Miculix	1 caso	11.11%
Gel Foam	1 caso	11.11%

TECNICA OPERATORIA UTILIZADA EN CASOS DE HISTERECTOMIA RADICAL
CUADRO No. 28

Meigs	3 casos	33.33%
Wertheim	1 caso	11.11%
?	4 casos	44.44%
Vulvectomy	1 caso	11.11%

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO INESPERADOS CUADRO No. 29

		%
Adherencias	31 casos	9.3
Quiste ovárico	12 casos	3.6
Miomatosis uterina	9 casos	2.7
Ausencia de un ovario	7 casos	2.1
Quiste endometrioso OV	5 casos	1.5
Salpingitis	4 casos	1.2
Poliquistosis ovárica	4 casos	1.2
Piometra	3 casos	0.9
Hidrosalpinx	2 casos	0.6
Quiste hemorrágico de OV	2 casos	0.6
Adenomiosis	2 casos	0.6
Mioma degenerado	2 casos	0.6
Anexitis	1 caso	0.3
CA ovárico	1 caso	0.3
Hematosalpinx	1 caso	0.3
Pio ovario	1 caso	0.3
Síndrome de ligamento ancho	2 casos	0.6
Cuerpo extraño post-cesárea	1 caso	0.3
Quiste ovárico torcido	1 caso	0.3
Perforación uterina P-L	1 caso	0.3
Absceso del Douglas	1 caso	0.3

CORRELACION ENTRE RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL PREOPERATORIA Y RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE (BIOPSIA, CONIO, LEGRADO O DE LA PIEZA OPERATORIA) CUADRO NO. 30

	CITOLOGIA	CONFIRMADO	NEGADO
	DISPLASIA	15	0 casos 0%
			15 casos 100%
CERVIX			
	CANCER	39	33 casos 84.6%
			6 casos 15.4%
	HIPEPLASIA	5	4 casos 80.0%
			1 caso 20.0%
ENDOCERVIX			
	CANCER	10	4 casos 40.0%
			6 casos 60.0%
CANCER DE OVARIO	1	1 caso 100.0%	

VALOR ESTROGENICO EN 275 CASOS DEL TOTAL. CUADRO No. 31

Alto:	de 70 a 100	67 casos	24.5%
Moderada:	de 40 a 69	155 casos	56.4%
Bajos:	de 20 a 39	7 casos	2.5%
No hay	de 0 a 19	12 casos	4.4%
No fué reportado		34 casos	12.4%

LEGRADO PREOPERATORIO: REPORTE EN 89 CASOS. CUADRO No. 32

Endometrio normal	43 casos	48.31%
Endometrio hiperplásico	28 casos	31.4%
Cáncer de endometrio	9 casos	10.1%
Sarcoma	1 caso	1.1%
Folipo endometrial	1 caso	1.1%
Velloidades coriales	5 casos	5.6%
Mola hidatiforme	2 casos	2.2%

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN 307 PIEZAS DE HISTEPECTOMIA POR CAUSA

GINECOLÓGICA CUADRO No. 33

MIOMETRIO: 307 Casos

Leiomiomas:	120 casos	39.0%
murales	83 casos	
subserosos	4 casos	
submucosos	2 casos	
subseroso y murales	14 casos	
murales y submucosos	10 casos	
subserosos, murales y submucosos	7 casos	
Adenosis	67 casos	20.3%
Leiomiosarcoma	1 caso	0.3%
Corioadenoma destruens	1 caso	0.3%
Quistes mesoteliales	1 caso	0.3%
Perforación por necrosis tumor	1 caso.	0.3%

ENDOMETRIO: 307 Casos

Normal:	251 casos	81.7%
Basal	40 casos	
Proliferativo	84 casos	
Secretor	62 casos	
Menstrual	5 casos	
Atrófico	48 casos	
Atrofilizado	12 casos	
Hiperplasia:	12 casos	3.5%
Simple	3 casos	

adenomatosa	5 casos	
quistica	4 casos	
Cáncer de endometrio	12 casos	3.9%
in situ	2 casos	
Invasión endometrio	7 casos	
CA+cambios por Radium	1 caso	
sin CA+cambios por radio	2 casos.	
Endometritis	11 casos	3.58%
aguda	2 casos	
crónica	4 casos	
aguda y crónica	5 casos	
Poliposis	6 casos	1.95%
No fué reportado	7 casos	2.28%
<u>OVARIOS: 265 PIEZAS (86.3%)</u>		
Quistas:	142 casos	53.58%
foliculares	98 casos	
tecaluteínicos	8 casos	
endometriósicos	4 casos	
hemorrágico	7 casos	
seroso	10 casos	
cistoma seroso	3 casos	
cistadenoma papilar ser.	5 casos	
cistadenoma mucinoso	1 caso	
cistadenofibroma	1 caso	

Dermoides		
bilateral	2 casos	
unilateral	3 casos	
Cuerpos blancos	71 casos	26.7%
Cuerpos amarillos	87 casos	32.8%
Folículos atrésicos	27 casos	10.1%
restos mesonéfricos	2 casos	0.7%
Tumor de Brenner benigno	2 casos	0.3%
bilateral	1 caso	
Cáncer:	5 casos	1.8%
cistadenocarcinoma papilar		
S y M.	1 caso	
cistadenocarcinoma mucinoso	1 caso	
cistadenocarcinoma papilar		
seroso	1 caso	
cancer endometroide	1 caso	
disgerminoma	1 caso	
Ovaritis:	5 casos	1.8%
bilateral	4 casos	
unilateral	1 caso	

TROMPAS DE FALOPIO: 265 PIEZAS (86.3%) CUADRO No. 34

Normales	146 casos	55.0%
salpingitis aguda	8 casos	3.0%
salpingitis crónica	11 casos	4.1%
picoalpinx bilateral	2 casos	0.7%
metaplasia bilateral	4 casos	1.5%
fibrosis bilateral	3 casos	1.1%
atrofia de la mucosa	5 casos	1.8%
autolisis	1 caso	0.3%
linfangiectacias	1 caso	0.3%
quiste paratubérico	10 casos	3.7%
endometriosis	1 caso	0.3%
restos mesoséfricos	1 caso	0.3%
hidrosalpinx	2 casos	0.7%

CERVIX 301 PIEZAS: CUADRO No. 35

Cervicitis crónica	224 casos	74.4%
Quistes de retención mucosa	37 casos	12.2%
Cambios por granulación	11,6 casos	3.6%
Hiperplasia endocervical	12 casos	3.9%
Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	5 casos	1.6%
Atrofia endo y exocervical	4 casos	1.3%
prosoplasia endocervical	1 caso	0.3%
hemangioma capilar del cérvix	1 caso	0.3%
endometriosis	2 casos	0.6%
Leiomioma	1 caso	0.3%

Displasias

Leve	2 casos	0.6%
moderada	9 casos	0.9%
severa	1 caso	0.3%

Cáncer

In situ	14 casos	4.6%
microinvasor	3 casos	0.9%
invasor	3 casos	0.9%
microinvasor +displasia		
moderada	2 vasos	0.6%
in situ y displasia -		
moderada	1 caso	0.3%
adenocarcinoma de endo		
cérvix	2 casos	0.6%
Normal	8 casos	2.6%

VAGINA: 17 PIEZAS (5.53%) CUADRO No. 36

Vaginitis crónica	13 casos	76.4%
Vagina con metastasis tumoral		
de cérvix	2 casos	11.7%
displasia por cáncer cervico		
uterino.	1 caso	5.8%
Cáncer de vulva y 8 ganglios		
con mets	1 caso	5.8

OTROS:

Apendice normal	8 casos	
-----------------	---------	--

Apendice con mets tumoral por CA

ovar.	1 casos
Epiplón normal	4 casos
Epiplón con mets por CA ovárico	2 casos
Leiomiomas de peritoneal diseminada	1 caso
Embarazo normal del 1er. trimestre	3 casos

Cáncer endometroides de ovario	1 caso	0.3%
Quistes mesoteliales de pared uter.	1 caso	0.3%
Piosalpinx bilateral	1 caso	0.3%
Hemangioma capilar del cérvix	1 caso	0.3%
Cistadenofibroma de ovario	1 caso	0.3%
Endometriosis del cérvix	1 caso	0.3%
Leiomioma del cérvix	1 caso	0.3%
Leiomiomatosis peritoneal diseminada	1 caso	0.3%
Cistadenoma en límites de malignid.	1 caso	0.3%
Endometriosis tubaria	1 caso	0.3%

OTRAS PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN UTEROS CON LEIOMIOMAS 120 CASOS

INTERVENIDOS POR CAUSA GINECOLOGICA. CUADRO No. 38

Cervicitis	112 casos	93.3%
Adenomiosis	33 casos	27.5%
Cáncer cervico uterino	8 casos	6.7%
Quiste dermoide	1 caso	0.8%
Cistoma	1 caso	0.8%
Quiste tecalutubárico	4 casos	3.3%
Perioforitis	1 caso	0.8%
Cistadenoma Papilar seroso	2 casos	1.6%
Salpingitis	5 casos	4.1%
Piosalpinx	1 caso	0.8%
Hidrosalpinx	1 caso	0.8%
Embarazo ectópico	1 caso	0.8%
Endometriosis tubaria	1 caso	0.8%
Leiomicomas del cérvix	1 caso	0.8%
Endometriosis del cérvix	1 caso	0.8%
Diplasia del cérvix	3 casos	2.5%
Hiperplasia endometrial	4 casos	3.3%
Cáncer de endometrio	3 casos	2.5%
Pólipo endometrial	4 casos	3.3%
Endometritis	2 casos	1.6%

CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO Y DIAGNOSTICO

HISTOPATOLOGICO

CUADRO No. 39

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	TOTAL	CONFIRMADO	NEGADO
Miomatosis uterina	146	91 casos (62.3%)	55 casos (37.7%)
Adenomiosis	8	4 casos (50.0%)	4 casos (50.0%)
Quiste de ovario	6	1 caso (16.6%)	5 casos (83.4%)
Aborto séptico	5	5 casos (100%)	0 casos (0%)
Anexitis	3	2 casos (66.7%)	1 caso (33.3%)
Cistadenoma ovárico	3	3 casos (100%)	0 casos (0%)
Dehiscencia de histerorrafia	2	2 casos (100%)	0 casos (0%)
Prolapso uterino +utero ML	26	10 casos (38.5%)	8 casos (30.8%)
Perforación uterina legrado	4	3 casos (75.0%)	1 caso (25.0%)
Placenta acreta	2	1 caso (50.0%)	1 caso (50.0%)
Atonia uterina	2	0 caso (0%)	2 casos (100%)
Ruptura uterina	1	0 caso (0%)	1 caso (100%)
Mola hidatiforme	1	0 caso (0%)	1 caso (100%)
Embarazo ectópico	2	1 caso (50.0%)	1 caso (50.0%)
Embarazo de 15 semanas ratificado	1	1 caso (100%)	0 caso (0%)
Polipo endometrial	1	1 caso (100%)	0 caso (0%)
Coriocarcinoma destructivo	1	1 caso (100%)	0 caso (0%)
Sarcoma	3	2 casos (66.7%)	1 caso (33.3%)
Cáncer de vulva	1	1 caso (100%)	0 caso (0%)
Cáncer de ovario	4	3 casos (75.0%)	1 caso (25.0%)
Hiperplasia glandulocística	2	1 caso (50.0%)	1 caso (50.0%)
Hiperplasia adenomatosa	15	7 casos (46.7%)	8 casos (53.3%)
Hiperplasia simple	4	1 caso (25.0%)	3 casos (75.0%)
Hiperplasia endometriodisplasia	1	0 caso (0%)	1 caso (100%)

cancer de endometrio

con radioterapia previa	7	5 casos (71.4%)	2 caso (22.2%)
sin tratamiento previo	8	6 caso (75.0%)	2 casos(25.0%)

Cáncer del cérvix

in situ no conizado	9	7 casos (77.8%)	2 casos(22.2%)
microinvasor no conizado	1	1 caso (100.%)	0 casos (0 %)
microinvasor conizado	6	3 casos (50.0%)	3 casos(50.0%)
invasor no radiado	3	3 casos (100.%)	0 casos(0 %)
invasor radiado	2	1 caso (50.0%)	1 caso (50.0%)

UTEROS CON LESIONES MICROSCOPICAS MINIMAS CONSIDERADOS NORMALES

52 CASOS EN (307 CASOS GINECOLOGICOS (16.93 %). CUADRO No. 40

DIAGNOSTICO CLINICO	NO DE CASOS	UTERO NORMAL	POR 100
Prolapso uterino	26	18	69.23%
Miomatosis Uterina	146	23	15.75%
Displasias	10	6	60.00%
Congestión pélvica crónica	3	2	66.66%
Adenomiosis	8	2	25.00%
Cáncer cervico uterino in situ	9	1	11.11%

HEMOTRANSFUSION EN 330 PACIENTES CUADRO No. 41

CANTIDAD	PREOPERATORIO	TRANSOPERATORIO	POSTOPERATORIO
600 ml	4 (1.2%)	54 (16.3%)	3 (0.0%)
1200	12 (3.6%)	28 (8.4%)	4 (1.2%)
1800	3 (0.9%)	7 (2.1%)	1 (0.3%)
2400	2 (0.6%)	3 (0.9%)	1 (0.3%)
3000	0 (0.%)	1 (0.3%)	0 (0.3%)
3900	0 (0.%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
	<u>21</u>	<u>93</u>	<u>10</u> Total: 124 (37.5%)

CIFRAS DE HEMOGLOBINA PREOPERATORIA EN 330 CASOS. CUADRO No. 42

GRAMOS	OBSTETRICAS	GINECOLOGICAS	TOTAL
Menos de 7	4 (1.2%)	1 (0.3%)	5 (1.5%)
7.1 a 10	7 (2.2%)	17 (5.1%)	24 (7.2%)
10.1 a 12	3 (0.9%)	29 (8.7%)	32 (9.6%)
12.1 ó mas	9 (2.7%)	274 (83.0%)	283 (85.7%)

MOBILIDAD CUADRO No. 43

COMPLICACIONES INMEDIATAS EN EL TRANSOPERATORIO EN 330 PACIENTES

TIPO DE HISTERECTOMIA

	TOTAL ABDOM.	VAGIN	RADICAL	CAUSA OBST.	SUB TOTAL	TOTAL	POR 100
Hemorragia	30	3	4	6	1	44	13.3
Dificultades técnicas	3	1	0	1	2	7	2.1
Ligadura de uretera izquierdo	2	0	0	0	0	2	0.6
Lesión ureterovesical izq.	0	0	1	0	0	1	0.3
Sección vesical	0	1	0	1	0	2	0.6
Laceración intestinal	1	0	1	0	1	3	0.9
Hematoma del infundíbulo pélvico	1	0	0	0	0	1	0.3
Crisis asmática	1	0	0	0	0	1	0.3
Crisis convulsivas - por aplicación de - xilocaína	1	0	0	0	0	1	0.3
Traumatismo por intubación	0	0	0	1	0	1	0.3

COMPLICACIONES MEDIATAS EN EL POSTOPERATORIO CUADRO No. 44

Urosepsis	22	5	0	1	0	28	8.4%
Síndrome climatéri-							
ca	18	0	0	0	0	18	5.4%
Absceso de cúpula	6	2	0	2	0	10	3.0%
Faringitis	7	0	0	1	0	8	2.4%
Absceso de pared	3	0	0	2	0	5	1.5%
Transeo flebitis	4	0	0	0	0	4	1.2%
Hemorragia transve-							
ginal	2	0	1	0	0	3	0.9%
Hematoma de herida							
quirúrgica	3	0	0	0	0	3	0.9%
Branuloma de cúpula	2	1	0	0	0	3	0.9%
Fiebre de etiología							
desconocida	3	0	0	0	0	3	0.9%
Dehiscencia de heri-							
da quirúrgica.	3	0	0	0	0	3	0.9%
Diarrea	2	1	0	0	0	3	0.9%
Sangrado de tubo -							
digestivo alto.	2	0	1	0	0	3	0.9%

Hepatitis reactiva	1	0	0	1	0	2	0.6%
Bronquitis	2	0	0	0	0	2	0.6%
Celulitis de herida - quirúrgica	2	0	0	0	0	2	0.6%
Ileo estabólico	1	0	0	1	0	2	0.6%
Fistula vesicovaginal	1	0	0	1	0	2	0.6%
Eventración	1	0	0	0	0	1	0.3%

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE 330 CASOS, CUADRO No. 45

TIPO DE HISTERECTOMÍA

	HIST. T. A. SIMPLE	HIST. VAGIN.	HIST. CAUSA RADIIC	HIST. CAUSA CEST	HIST. CAUSA SUBT.	TOTAL	POR 100
Absceso pélvico	2	0	0	0	0	2	0.6%
Hemoperitoneo	0	0	0	0	1	1	0.3%
Toxiloma	0	1	0	1	0	2	0.6%
Fistula rectovaginal	0	0	0	0	1	1	0.3%
Insuficiencia renal agu- da	0	0	1	0	0	1	0.3%
Oclusión intestinal	1	0	0	0	0	1	0.3%
Tromboembolia pulmonar	1	0	0	0	0	1	0.3%
Cuerpo extraño en ureter	1	0	0	0	0	1	0.3%
Hepatitis psudica post.	1	0	0	0	0	1	0.3%
Eventración	1	0	1	0	0	2	0.6%
Shock séptico	0	0	0	1	0	1	0.3%
Fistula uretero vag.	0	0	1	0	0	1	0.3%
Granuloma laríngeo	0	0	0	1	0	1	0.3%
Sinéquias vaginales	0	1	0	0	0	1	0.3%
Prolapso de cúpula	0	1	0	0	0	1	0.3%
Cefalea postural	3	0	0	0	0	3	0.9%

DIAS DE HOSPITALIZACION EN 330 PACIENTES CUADRO No. 46

3 dias	1 caso	0.30%
5 a 7	236 caso	71.51%
8 a 14	74 casos	22.42%
15 a 21	12 casos	3.63
más de 21	7 casos	2.12

Reingresaron 9 pacientes (2.7%) con un promedio en días de 12.0 estancia.

C O M E N T A R I O S

La proporción de la histerectomía abdominal en relación a la histerectomía vaginal fue en 330 casos de 288 (87.27%) para la vía abdominal y 42 (12.72%) para la vaginal.

El análisis comparativo con otros autores es de: Pérez de Salazar 74.07% y 22.72%; (Fernández del Castillo 74.07% y 25.52%; Molina Sosa 68.5% y 31.5%, Pineda Guerrero 77.3% y 22.7% para la vía abdominal y vaginal respectivamente. (4.3).

EDAD:

La edad por décadas se encuentra consignada en el cuadro () donde se puede apreciar; que la mayor parte de las pacientes sometidas a histerectomía se encuentran entre la cuarta y quinta década de la vida (39.7%), siendo en esta década donde se efectuaron la mayor parte de histerectomías abdominales 121 (42.04%), para las histerectomías vaginales las décadas de 41 a 50 y 61 a 70 años con igual no. de casos para cada una 10 casos (23.80%). El análisis comparativo entre los cuatro grupos de pacientes se encuentra en el cuadro ().

Pérez de Salazar de 41 a 50 y 60 a 70, Fernández del Castillo: de 40 a 50 y de 31 a 40, Pineda Guerrero de 50 a 60 y 61 a 70 para la histerectomía abdominal y para la histerectomía vaginal -

respectivamente. Dos de las pacientes más jóvenes en nuestro estudio tenían 20 años, y la indicación de histerectomía en ambas fue por causa obstétrica. La paciente de mayor edad fue de 81 años y fue intervenida por prolapso uterino mediante histerectomía vaginal.

ESTADO CIVIL:

Como era de esperarse la mayor parte de las pacientes fueron casadas, 240 casos (73.0%), solo 13 pacientes (4.0%) eran solteras, y 10 de las cuales aún sin haber iniciado relaciones sexuales, en el grupo de solteras, 12 fueron operadas por leiomiomatosis uterina y una por cáncer cervicouterino in situ.

PADECIMIENTOS CONCOMITANTES:

Se encuentran consignados en el cuadro () 153 casos (48.22%) la mayor frecuencia de padecimientos concomitantes corresponde a los desórdenes endocrinos encontrados en el (28.7%) 95 casos y el más frecuente de estos fue la obesidad (19.3%). 64 casos en nuestro estudio 58 pacientes obesas (20.1%) fueron intervenidas por vía abdominal, y 6 (14.2%) por vía vaginal.

Roy M. Pitkin refiere que la obesidad en sí no entraña los mismos problemas en el caso de la cirugía vaginal que en el de la vía abdominal, y una histerectomía vaginal pudiera ser razonable para la mujer que por lo demás constituya un riesgo quirúrgico insatisfactorio, pues si bien la obesidad se acompaña de un índice más elevado en la mortalidad en todos los aspectos. La obesidad incrementa la incidencia en infecciones de la pared abdominal y es 7 veces más frecuente en mujeres con peso de más de 90 Kg. Se ha observado claramente que la obesidad incrementa en forma importante la morbilidad en la histerectomía abdominal, pero no así en la histerectomía vaginal (16, 15).

La diabetes mellitus, fué encontrada en 24 casos (7.2%), la hipertensión arterial sistémica 32 casos (9.6%) y un hecho importante son las pacientes cardíacas 6 en total (1.6%), 4 de las cuales eran portadoras de prótesis de válvula cardíaca y - bajo tratamiento previo a base de anticoagulantes, en tres la indicación fué miomatosis uterina y una con cáncer cervicouterino.

Es indiscutible el riesgo quirúrgico elevado y que fué manifestado por la mayor morbilidad en relación directa a su padecimiento cardíaco, una de las pacientes fué sometida a histerecto-

tomía subtotal por motivo de disminuir el riesgo quirúrgico, sin embargo en el post-operatorio inmediato fue reintervenida por hemoperitoneo a consecuencia de un pedículo sangrante siendo necesario resear el cérvix residual. Otra de las pacientes complicadas con tromboembolia pulmonar ameritando cuidados de terapia intensiva su recuperación fue buena en ambas.

En 6 del total de las pacientes (1.8%) tuvieron 2 padecimientos combinados que no mostraron relación con el grado de mortalidad comparado con el resto de las pacientes.

Merece mención especial un caso de insuficiencia renal aguda y sangrado de tubo digestivo alto, que presentaba cuadro abdominal agudo. Previa hemodiálisis, fue realizada laparotomía e histerectomía por pilaestra, su evolución postoperatoria fue satisfactoria.

SINTOMATOLOGIA EN 307 CASOS.

El síntoma que con mayor frecuencia fué manifestado es el dolor abdominal 181 casos (58.9%), siguiendo en frecuencia la hemorragia 101 (32.8%). En 14 casos (4.5%) mostraron a su ingreso abdomen agudo, 8 de los cuales fueron procesos sépticos ginecológicos, y dos obstétricos, 2 traumáticos por perforación uterina un mioma torcido y un embarazo ectópico.

Pineda Guerrero reporta como primer síntoma a la menorragia y en seguida al dolor a pesar de haberse realizado dicho estudio en el mismo hospital que el presente análisis.

La sensación de cuerpo extraño en vagina en 26 casos (8.4%) y fué manifestado en presencia de distopia solo en el (72.2%) de los casos. El flujo sanguinolento fué manifestado en 11 casos (3.5%) 5 de ellos por cáncer cervicouterino, 3 en prolapso uterino, 2 en miomatosis uterina, y uno en polipo endocervical.

DIAGNOSTICO POR HALLAZGO :

Fuó encontrado en 81 casos que corresponde al (26.38%) del total. El mayor número de casos el diagnóstico fué realizado por citología cervicovaginal 42 casos (5.85%), 33 de los cuales fueron Cáncer cervicouterino, 2 de Cáncer endometrial,

2 de hiperplasias adenomatosas del endometrio y uno en cáncer - del ovario que fué confirmado histopatológicamente.

Los diagnósticos por hallazgos clínicos fueron 28 (34.9%) - en 25 casos el diagnóstico fué miomatosis uterina y dos con prolapso uterino, y uno por cáncer de vulva.

Siguieron en orden de frecuencia los diagnósticos realizados por análisis histopatológicos, 4 casos (1.3%), 2 por leiomioma uterino, uno de ellos reportado como carcinoma endometrial y el otro leiomiosarcoma, otra paciente operada fuera del servicio donde le fué tomada biopsia reportando cáncer ovárico y por último - otro caso con biopsia de ganglio supraclavicular reportado como metástasis de cáncer ovárico.

Los diagnósticos por hallazgo en el transoperatorio fueron 3 - casos (3.7%), uno fué al realizar colecistectomía se descubrió miomatosis, y se realizó histerectomía 6 meses después, dos más por laparotomía encontrándose como hallazgo cáncer ovárico y - otro un sarcoma.

Los últimos 4 diagnósticos (4.93) fueron descubiertos al realizar 2 histerosalpingografías, una urografía excretora y finalmente uno mediante ultrasonido, todos los casos fueron diagnosticados como miomatosis uterina.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

Como es señalado en el cuadro () en relación a las gestaciones y tipo de histerectomía, la mayor cantidad de pacientes operadas corresponde al grupo de IV a VI gestaciones con un total de 109 casos (33.0%). El análisis comparativo revela que el mayor número de pacientes 96 (33.33%) operadas por vía abdominal corresponde a IV a VI gestaciones, y 14 (33.33%) operadas por vía vaginal fué en VII a X gestaciones.

Del total de las pacientes solo 28 (8.4%) fueron nuligestas y fueron operadas por vía abdominal.

En lo que se refiere a paridad el mayor número de pacientes 109 (33.0%) tuvieron de I a III partos, el análisis comparativo indica que el mayor número de pacientes (5 (32.98), operadas por vía abdominal había tenido de I a III partos, y 15 casos (35.71%) por vía vaginal tuvieron IV a VI partos.

El número de nulíparas total fué de 62 casos (18.7%), solo una de ellas fué operada por vía vaginal, con diagnóstico de prolapso uterino total y miomatosis uterina.

Un total de 54 pacientes (16.3%), tuvieron antecedentes de cesárea y 4 de ellas (7.40%) fueron intervenidas por vía vaginal.

Y finalmente 5 con antecedentes de embarazo ectópico (1.5%) V.A. Al realizar la correlación, con los resultados de otros autores (3,27), quienes reportan el mayor porcentaje de pacientes operadas por histerectomía son grandes multíparas en el grupo de VII a X, sobre todo dicha condición fué preferida en la vía abdominal, aunque también reportan grupos de nulíparas y nuligestas y son operadas por vía abdominal y vaginal en porcentajes similares a nuestro juicio.

Estos mismos autores (3,19) no reportan antecedentes de cesárea en pacientes operadas por vía vaginal. Hassid, por ejemplo no recomienda efectuar histerectomía vaginal si existe antecedentes de cirugía pélvica (24), sin embargo como ha demostrado Pratt, las operaciones previas en términos generales no constituyen contraindicación para la histerectomía vaginal, en su estudio de 1563 casos de histerectomía vaginal 624 tenían cirugía pélvica previa (39.73%), cuando se compararon pacientes que habían sido sometidas a cesárea, no hubo diferencia significativa. (25,22,19).

INDICACIONES GINECOLÓGICAS PARA LA HISTERECTOMIA SIMPLE POR

VIA ABDOMINAL

En términos generales las indicaciones reportadas en el cuadro (), se adaptan a las recomendadas por otros autores, (3,61). Fué realizada en 250 casos que corresponde a un (75,75%). El mayor número de casos la indicación fué miomatosis uterina 138 casos (55,2%), carcinoma preinvasivo del cérvix 29 casos (11,6%), hiperplasias endometriales 20 casos (8,0%), procesos inflamatorios del útero y anexos 15 casos (6,0%), displasias del cérvix - 10 casos (4,0%), quistes ováricos 10 casos (4,0%), cáncer ovárico 4 casos (1,6%), un caso de perforación uterina por legrado y otro por poliposis endometrial que corresponde al (0,4%) para cada uno. Cáncer del endometrio 12 casos (4,8 %), y sarcoma 3 casos (1,2%).

Es importante comentar los casos de cáncer endometrial que fueron tratados mediante histerectomía simple y 1/3 sup. de vagina en nuestra serie, 12 casos (4,8%), de los cuales 2 casos operados en estadio clínico II con radioterapia preoperatoria y 10 casos en estadio clínico I con radioterapia preoperatoria en un caso.

En los casos tratados con radioterapia, uno de estadio II hubo persistencia de carcinoma, y de los casos tratados únicamente con cirugía dos se encontraba la neoplasia en la capa endometrial y 7 había invasión al miometrio.

H. Lees (61), comprobó que el (7.1) de la etapa clínica I se demostraron recurrencias pélvicas, o distantes. En la etapa II el (33.3%) y a la etapa III el 75% por lo cual sugiere la necesidad de un tratamiento adicional de radioterapia preoperatorio en todos los estadios operables.

Es múltiple la literatura en relación al tema y en cada reporte se agrega ó se sugiere una indicación más para extirpar el útero, tal hecho a permitido con mayor libertad indicar y justificar una histerectomía (22), también ha sido constante las sugerencias cada día más aceptadas de utilizar la histerectomía como método más seguro de esterilización (22,3), - pero no debemos olvidar que aún este método radical no alcanza el 100% de seguridad como lo demuestra Cooks (8), quien reporta 2 casos de embarazo ectópico, posthisterectomía vaginal y Jackson (7) un caso de embarazo abdominal después de histerectomía total, tardando un coito tres días antes, y se tuvo un -

producto sano por laparotomía después de 36 semanas.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL.

Se reportan en nuestro estudio 6 casos que corresponden a 1.81% del total.

En dos casos la indicación se relaciona con cáncer invasor — complicado con proceso infeccioso, uno de los cuales fué por — cáncer ovárico en el que se realizó tumorectomía y la opera — ción se limitó al cuerpo uterino por carcinomatosis irreseca — ble, 2 casos de cáncer cervicouterino invasor también con tu — mor irreseccable, y en tres casos restantes la indicación fué — miomatosis en una de ellas portadora de válvula cardíaca y la — indicación fué para disminuir el riesgo quirúrgico, sin embar — go en el postoperatorio inmediato presentó hemoperitoneo re — quiriendo laparotomía, ligadura del pedículo sangrante y re — sección del cérvix residual. En dos casos no se reporta justi — ficación.

El análisis comparativo con otros reportes (1.4) es similar — para la presente época, pues a medida que se han ido perfec — cionando las técnicas las indicaciones se van limitando y a — pesar de haberse desechado mundialmente (3), no es posible — condenar a aquellos que todavía la realizan como un recurso —

en los casos en que existe alguna razón médica, pero nunca - por la escasa habilidad quirúrgica de una persona mal entrenada. Joel Cohen reporta 14 casos de carcinoma de cérnix residual posthisterectomía subtotal. (22).

INDICACIONES DE HISTEPECTOMIA RADICAL.

Fueron analizados en nuestro estudio 9 casos de histerectomía radical que corresponden a (2.72%) del total.

De los 9 casos, en 8 la indicación fué cáncer cervicouterino - y uno por cáncer de vulva.

6 casos de cáncer cervicouterino en estadio IB, y en dos en - estadio IIB, siendo la indicación de estos dos últimos; en uno por persistencia de cáncer post-radioterapia y el otro por - endometrioanexitis postradioterapia, en ambos se realizó oxan- teración anterior. El último caso la indicación fué cáncer de vulva en este caso se realizó vulvectomía radical y o xan- teración posterior.

Son similares los criterios de operabilidad en el cáncer del - cérnix y vulva. El contexto general para las indicaciones ope- ratorias en el cáncer cervicouterino dependen del grado de in-

vasión, se acepta en general en estadios Ia y Ib y en casos seleccionados hasta IIa, siempre y cuando la paciente reúna las condiciones necesarias para tal procedimiento, finalmente la histerectomía radical en estadio IIB solo es aceptada en los casos en que la radioterapia sea inefectiva o por problemas ginecológicos inherentes al cáncer (30,22),29).

Durante muchos años ha sido aceptado que el tratamiento ideal para el cáncer de vulva es la cirugía. La escasa circulación colateral de la vulva y las lesiones distroficas asociadas, que preceden y acompañan a la enfermedad hace que esta área sea poco apropiada para la radiación. (22).

INDICACION DE HISTERECTOMIA VAGINAL.

Reportamos en nuestra casuística 42 casos de histerectomía vaginal que corresponde a (12.72%) del total.

En el 100% de los casos existía un grado diferente de relajación pélvica.

En 36 casos (85.71%), con grados diversos de descenso uterino, y en 6 casos de éste se acompañó de displasia cervical que obligaron extraer el útero, los 6 restantes no se reporta descenso uterino pero sí de cisto y rectocela, de estos en 2

casos por hiperplasia endometrial adenomatosa.

En general las indicaciones se adaptan a las señaladas por algunos autores (24,22) y es discutible por otros que sugieren sea realizada solo en presencia de descenso uterino, (3). Difiere mucho de las indicaciones que sugieren otros autores (19,20,25) Cáncer cervicouterino in situ, y microinvasor, CA del cuerpo uterino, metrorragia disfuncional esterilización. En general se recomienda que la histerectomía debe efectuarse siempre que sea factible (16,19,22).

Se recomienda también que el útero no rebase de 10 cm o sea mayor que un embarazo de 12 semanas (3) este criterio se adapta al que fué llevado a cabo en nuestro Hospital según se demuestra en el cuadro (3) (24).

En nuestro Hospital el criterio cada vez más liberal la histerectomía vaginal se está convirtiendo en un método cada día más aceptado para el tratamiento de diversos padecimientos del aparato genital. Tal vez con el tiempo logre situarse en el sitio que debe ocupar, si tomamos en cuenta la capacidad de nuestros cirujanos y el prestigio de nuestro hospital.

En conclusión si se intenta extirpar el útero es mejor hacerlo por vía vaginal a igualdad de factores. Si existe un gran tumor

en anexo o se sospecha una lesión abdominal o es necesario -
explorar la cavidad abdominal es mejor la vía suprapúbica.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA POR CAUSA OBSTETRICA

Reportamos 23 casos que corresponden al (6.96%) del total-
las indicaciones se encuentran consignadas en el cuadro ()
en términos generales las indicaciones se ajustan a las que -
sugieren diversos autores (22,21,3,4). Por razones obvias solo
destacaremos algunas de las más relevantes: destacamos por su
frecuencia el aborto séptico como causa de histerectomía 7 -
casos (30,43) siguiendo en orden de frecuencia, óbito 3 casos
atonía uterina post-Cesárea 3 casos, acretismo placentario, -
dehiscencia de histerorrafia con endometrioanexitis post-cesá-
rea, perforación uterina por legado uterino con dos casos --
en cada una, dehiscencia de histerorrafia post-parto, embara-
zo de 24 semanas con ruptura de membranas e inducción fallida,
embarazo de 15 semanas radiado por CA mamario, embarazo ectó-
pico y miomatosis.

Merecen ser comentados estos dos últimos. La literatura re-
porta que la frecuencia de cáncer mamario en la República Mexi

cana es de 27.7% y que uno de cada 5 casos coincide con embarazo, o bien ocurre la gestación durante el tratamiento, la frecuencia oscila entre 1 a 1.5 casos por cada 1500 mujeres embarazadas. Un hecho aprobado es que el cáncer evoluciona con mayor gravedad en pacientes embarazadas debido a los cambios-fisiológicos que ocurren durante la gestación, y es recomendada la interrupción del embarazo mediante legrado uterino o por histerectomía. No antes de haber analizado e individualizado cada caso con la participación tanto del grupo médico como de la paciente (21).

Nuestro caso reportado había recibido radioterapia en el primer trimestre, por lo que la indicación fué indiscutible.

En el caso del embarazo ectópico la histerectomía es puesta a discusión si no se identifican datos anormales en el útero (3,22,21). En el caso que reportamos se identificaron lesionmas.

En relación al aborto séptico como causa de histerectomía es conveniente destacar su elevada frecuencia, en nuestro país es considerado un problema de salud pública por su frecuente relación con el aborto ilegal, la edad en que se observa este pro-

blama es habitualmente en pacientes jóvenes como es uno de nuestros casos que reportamos que tenía 20 años y que fue una de las pacientes más jóvenes del total de nuestra casuística.

TIPO DE INCISION EN 268 CASOS

Fue la incisión media 265 265 casos (92.9%) la que con mayor frecuencia fue utilizada, siguiendo la de transversal tipo Charnier 16 casos (5.5%), y la tipo Pfannstiel 6 casos (2.08%) y un caso fue con incisión paramedia (0.3%).

La incisión de Charnier fue preferida para todo los casos de cirugía radical, aunque también se utilizó en 2 casos de cáncer endometrial, 2 con cáncer ovárico y 3 en casos de miomatosis uterina. La de tipo Pfannstiel en todos los casos miomatosis, solo una paramedia efectuada por el Servicio de cirugía general por abdomen agudo encontrando como hallazgo cáncer ovárico. El resto de las incisiones fueron medias infraumbilicales y a veces paraumbilicales.

El tamaño del útero o de la masa que se va a extirpar permite elegir el tipo de incisión abdominal. En general se prefiere la incisión media, pues además de dar una excelente exposición

de los órganos pélvicos, permite resolver los problemas y explorar cualquier que serán las condiciones y es posible prolongar si es necesario.

La de tipo Charnier es preferida por algunos oncológicos por la magnífica exposición de las estructuras pélvicas lo que permite llevar a cabo el tipo de cirugía extensa que ellos practican, el inconveniente es que produce mayor pérdida de sangre y requiere de más tiempo en la disección.

La incisión Pfannestiel, tiene sus partidarios, como vía de acceso, sus ventajas son de tipo estético y produce menos lesión a vasos y nervios (22).

Finalmente la incisión paramedia no es recomendable en cirugía ginecológica, por razones obvias.

Las cifras de hemoglobina preoperatoria se encuentran consignadas en el cuadro (), en términos generales la gran mayoría son sometidas a cirugía programada y es requisito indispensable contar con niveles de hemoglobina mayores de 10 gramos. Como podemos apreciar solo una minoría de nuestras pacientes estudio fueron operadas con un grado de anemia, 29 del total que representa el (8.7%) y de ellas sólo 5 con cifras menores de 7 gramos, 4 fueron por causa obstétrica y solo una por causa ginecológica.

La anemia es un factor debatible y todavía se arguye que para conservar el nivel mínimo de riesgo quirúrgico la paciente debe tener un número mínimo de gramos antes de ser operada, sin embargo una paciente activa que durante meses o años se ha mantenido con menorragias mas o menos importantes, con estado de anemia crónica por la pérdida de sangre, tiene un volumen circulatorio normal y en consecuencia es una cantidad bastante satisfactoria para la operación y tolera sin problemas la pérdida promedio de sangre en el acto quirúrgico. Por otra parte la paciente hipovolémica que en fecha reciente sufrió metrorragia importante tal vez necesite transfusiones.

En nuestra casuística la hemorragia es uno de los síntomas que ocupa un lugar predominante 101 (32%) sin contar las de causa obstétrica, sin embargo en su mayoría mostraron niveles de hemoglobina óptimos 301 (91.2%), de las cuales solo 21 requirieron hemotransfusión preoperatoria, elevándose esta frecuencia en el transoperatorio a 53 casos (28.18%) y sin analizar la mortalidad transoperatoria solo en 44 pacientes (13.3%) se reporta hemorragia importante, que representa menos de la mitad de los casos que fueron hemotransfundidos. Al reflexionar sobre este aspecto hemos observado que en la mayor parte de los casos la decisión de hemotransfundir a la paciente la toma el anestesiólogo que por otra parte es el encargado de mantener regulado el estado hemodinámico, aunque con mucha frecuencia lo hace en forma precipitada y en ocasiones sin opinión del cirujano, abusando de este recurso que no deja de tener un riesgo que lo lleva a convertir en arma de doble filo, como fue demostrado en una paciente de nuestro estudio que presentó hepatitis palúdica post-transfusional.

CITOLOGIA CERVICOVAGINAL PREOPERATORIA

El estudio citológico cervicovaginal fué realizado en 275 casos (83.33%).

En el mayor número de casos el resultado fué negativo I y II - 206 casos (74.90%). Negativo III en 22 casos (8.0%) de los cuales 15 correspondieron a displasias del cérvix y 5 a hiperplasias endometriales, 2 a hiperplasias del endocérvix.

Fué reportado positivo IV y V, en 60 casos que corresponde a - 21.81%, de los cuales 49 fueron cáncer cervicouterino 10 cáncer del endometrio y uno cáncer de ovario.

Del total de casos reportados como Negativo III, y positivo IV y V, 82 casos, sólo en 70 fué realizado estudio histológico -- mediante cono, biopsia o legrado uterino o bien el analizar la pieza extirpada.

De las alteraciones citológicas encontradas en el cérvix y reportadas como displasias 15 casos, el resultado histopatológico solo reportó cervicitis crónica.

Cuando se reportó cáncer cervicouterino 39 casos, el análisis histológico lo confirmó en 33 caso (84.6%) y fué negado en 6 -- casos (15.4%).

Cuando la citología reportó alteraciones citológicas del endometrio 15 casos: 5 de ellos correspondieron a hiperplasias del endometrio que fueron confirmadas en 4 casos y negado en uno. Cuando se reportó cáncer endometrial 10 casos, so lo se confirmó en 4 y fué negado en 6.

Finalmente una de las citologías positivas V, para cáncer de ovario el diagnóstico fué confirmado al analizar la pieza operatoria.

Actualmente el arma primordial para combatir el cáncer radical en el diagnóstico precoz, esto es que debemos adelantarnos al diagnóstico antes que haya sintomatología clínica. El estudio citológico por método de papanicolaou constituye esa arma.

La Dra. Fuentes de Torres refiere que el índice de seguridad diagnóstica para carcinoma cervicouterino es del 99% y para las lesiones benignas del 96%.

La certeza diagnóstica para el carcinoma de endometrio varía del 40% en la toma intensionada y 90% con el escobillado, aspi ración o lavado endometrial (28).

Burk y cols reportan una exactitud del 18% mientras que Harovi

el reporta el 72%, pero el promedio general es del 50% cuando la toma es del endocérvix (31).

En nuestra casuística, al analizar el total de citologías concluidas en el siguiente índice de confiabilidad: Para el cáncer del cérvix 42 casos de los cuales fueron 6 falsos positivos y 3 falsos negativos, con un grado de certeza del 91.66%.

Para el cáncer del endometrio 10 casos de los cuales 6 fueron reportados falsos positivos y no hubo falsos negativos con un grado de confiabilidad del 40%.

Es digno de mención el hecho de haberse observado en un estudio citológico cervicovaginal alteraciones celulares compatibles con carcinoma ovárico y que fué confirmado, en la pieza operativa. La literatura señala que no es el método habitual para detectar este tipo de neoplasia ya que sería preciso que estuvieran involucradas trompas y o útero para que exfoliarán células malignas detectables en la vagina.

Finalmente en relación a las displasias en que de 15 casos reportados por citología, no fueron confirmados al analizarse histopatológicamente, lo que da 100% de falsas positivas.

Este hecho tal vez sea debido a criterios de interpretación por parte del citólogo y patólogo.

LEGRADO PREOPERATORIO:

Solo fué realizado en 89 casos que corresponden al (26.9%) del total.

El mayor número 43 casos (48.31%) no se observaron alteraciones patológicas, en 28 casos (31.4%) correspondieron a hiperplasia endometrial, en 9 casos (10.1%) se encontró cáncer endometrial, en 5 casos (5.6%) vellosidades coriales, en 2 casos (2.2%) mola hidatiforme, en un caso (1.1%), sarcoma, un caso (1.1%) polipos endometrial.

Richard Stok, enfatiza la eficacia de este procedimiento tradicional (18), la revisión de 100 legrados consecutivos logró — diagnosticar carcinoma endometrial en 45% de los casos.

Bravo Sandoval en un análisis de 233 casos de manorragia tomados al azar, encontró 34.76% hiperplasias, un adenocarcinoma y un cáncer cervicouterino in situ.

Es necesario señalar que nuestro grupo de pacientes a las que se les realizó legrado uterino. En 14 casos tenían citología — sospechosa de patología endometrial, y el resto de las pacientes: 75, el legrado fué realizado por hemorragia uterina anormal.

Los datos estadísticos demuestran el valor que ocupa el legra-

do uterino ante la sospecha de patología endometrial como es sugerido por Joel Cohen (22).

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN 307 PIEZAS DE HISTEPECTOMIA POR CAUSA GINECOLÓGICA.

Los hallazgos microscópicos de las piezas estudiadas en esta serie son similares a la reportada por otros autores (3,14,18,13,20,22).

Por razones obvias solo comentaremos algunos casos de los que se encuentran consignados en el cuadro ().

CUERPO UTERINO:

Una de las alteraciones histológicas que con mayor frecuencia se observa en el cuerpo del útero son los leiomiomas, se refiere a que representan en un 20 a 40% de todas las mujeres de más de 35 años (22). En nuestra serie fueron encontrados en 120 piezas (39.0%), el promedio general reportado por tres autores (1,3,4) fué de 49.97%.

La adenomiosis es la segunda patología encontrada con mayor frecuencia y se observó en 67 casos (20.3%), cifras que difieren con las reportadas por algunos autores, pues mientras que Schulz

C. solo la observó en 3,6% (1), Joel Cohen la reporta en 42%, el promedio encontrado en la revisión de 5 autores (1,3,4 22) es de 20.17, similar a la reportada en el presente estudio.

ENDOMETRID:

El estudio microscópico de 307 casos. De los cuales 251 (81.75%) fueron reportados como normales. En fase proliferativa- 84 casos secretor 62, menstrual en 5 casos, basal en 40 casos, y atrofizado en 12.

Las pacientes en fase secretoria del ciclo menstrual han sido tradicionalmente consideradas como de muy alto riesgo por el aumento en la pérdida sanguínea. Sprague, en un análisis de 500 pacientes, 12 de ellas cursaban en fase secretoria, todas tuvieron una pérdida sanguínea mayor de lo habitual, pero no encontró relación con la morbilidad post-operatoria, y recomienda una buena hemostasia para reducir los riesgos (20).

También ha habido sugerencias de diferir la histerectomía si la mujer menstrúa, por la mayor pérdida sanguínea y las complicaciones, Copenhaver no apreció una relación de esta índole y Pratt reporta que nunca ha diferido una histerectomía por haber coincidencia con el ciclo menstrual. (23,9).

El análisis comparativo de los resultados en relación a la frecuencia nos indica que es baja (3.9%), comparada con la de Pérez Salazar (15.88%), y Fernández del Castillo (23.70%). La explicación tal vez se deba a que el diagnóstico clínico se sospecha con mayor frecuencia y se hace legrado uterino preoperatorio e histerectomía 4 a 6 semanas después, pues como observamos en el cuadro (), solo en dos casos no fué sospechado.

El adenocarcinoma endometrial 12 casos (3.90%), de los cuales fueron reportados, con invasión al miometrio, 2 localizados a la capa endometrial, los 3 últimos habían recibido radioterapia preoperatoria, y solo en uno de ellos había persistencia de carcinoma endometrial, el análisis comparativo con la de otros autores (1,4) es similar.

De los procesos inflamatorios 11 casos, que corresponden a (3.58%) y el análisis comparativo con otros autores (1,3,4) de muestra una relación de 2 a 1, para nuestros casos.

Finalmente los casos de poliposis endometrial 6(1.99%) es significativamente menor a la comparación con la de otros reportes (1,3,4).

En 307 casos, solo en 265 casos fueron extirpados uno o los dos

ovarios (86.31%).

De estos, 253 mostraron quistes no funcionantes, 5 casos con -
cáncer ovárico, 2 casos de tumor de Brenner, 5 con proceso -
inflamatorio.

Quistes endometriósicos: fueron reportados 4 casos (1.50%), la
frecuencia es similar a la reportada por otros autores (3.4),
por fortuna su degeneración a carcinoma es rara, T. Smith solo
ha observado 5 casos en su vida profesional (22) y refiere que
esto es común en edad menopausica si lo relacionamos con la -
frecuencia de cáncer endometrial, en nuestra serie de pacientes
en estudio fué encontrado un caso de cáncer endometriode del -
ovario.

Quistes dermoides fueron encontrados 5 casos (1.88%) de los --
cuales 3 fueron unilaterales y 2 bilaterales.

Los quistes dermoides ocupan entre los quistes y tumores ováricos
un 23 a 33%, y la mayor parte de ellos, aparecen después -
de los 10 años y solo el 10% son bilaterales. El riesgo o de -
degeneración maligna es mínimo.

La frecuencia reportada por otros autores es similar (1,3,4) -
solo un poco mayor en relación a la localización bilateral.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Cistadenomas, fueron reportados 7 casos (2.64%). El más frecuente fue el cistadenoma papilar seroso, 5 casos, el cistadenofibroma cistadenoma mucinoso 1 caso, y la frecuencia también es similar a la reportada por (1.3.4) su degeneración es proporcional a su frecuencia.

Cáncer ovárico 5 casos que corresponden a (1.88%) de acuerdo con estadísticas toda mujer tiene desde su nacimiento un riesgo de 7% de desarrollar neoplasias de ovario. En nuestro país ocupa el décimo lugar dentro de las neoplasias en general, para la mujer, Olper Fallaci (28) y 2.8% como causa de muerte, por neoplasias malignas.

TROMPAS DE FALOPPIO. Estudio de 265 casos.

Fueron reportadas como normales en 146 casos (55.0%).

21 casos con procesos inflamatorio(14,38), que incluye salpingitis en 19 casos, piosalpinx 2 casos. Cifra tres veces menor a la reportada por Pérez Salazar y Schulz, pero similar a la de Fernández del Castillo. Es posible que sea debido al tipo de pacientes estudiadas, pues los casos de salpingitis gonocócica sobre todo siguen siendo frecuentes en medio socioeconómico bajo.

CERVIX. El cérvix fué enviado a estudio en 301 casos, por —

causa ginecológica.

En su mayor parte se encontraron datos microscópicos de cervicitis crónica 224 (74.41%), J. Joel Cohen la reporta en el 95%, Schulz 78.19%, Pérez Salazar 65.2% y Fernández del C. 48.14%.

Tres casos raros:

Un caso de leiomioma cervical, Novak refiere también que esta localización es rara, Pérez de Salazar 0.7%.

Un caso de endometriosis cervical. Ocasionalmente concomitante con adenomiosis o endometriosis pélvica, nuestro caso es de localización única.

Un caso de hemangioma capilar del cérvix. También poco frecuente, y son tumores benignos que se manifiestan durante la época de reproducción y ocasionalmente son amartomas y desde el punto de vista clínico pueden cursar con ataques periódicos de hemorragia. (30).

Las lesiones premalignas del cérvix (displasias) 12 casos (3.96%) el análisis comparativo es similar al reportado por otra revisión (1.4). A pesar que sus variedades histológicas son reconocidas histológicamente por histólogos y patólogos, no hu-

bo correlación en nuestro estudio.

Cáncer cervicouterino, 23 casos (7.64%) 15 corresponden a cáncer cervicouterino in situ, 5 casos microinvasor y 3 invasor.

Su frecuencia sigue siendo importante, sigue ocupando el primer lugar de las neoplasias malignas en la mujer (15.4%) (69).

Afortunadamente métodos de detección son alentadores para el tratamiento y pronóstico, como lo demuestra nuestros resultados, que comparados con otros autores (28) es detectado en estadíos más tempranos.

VAGINA.

De 307 casos, fué enviado a estudio histopatológico 16 casos (5.21%) del 1/3 superior de vagina. De los cuales 13 fueron reportados con inflamación crónica, dos con metastasis tumoral del cérvix y uno con displasia, en todos los casos los bordes quirúrgicos estuvieron libres de neoplasia.

VULVA.

Fuó reportado un caso con cáncer de vulva y 8 ganglios con metastasia.

MISCELANEAS:

El apéndice fué resecaado en 7 casos (2.28%) de los cuales solo

cuales sólo en uno se identificó metastasis tumoral por cáncer ovárico.

Fueron resecaados en 6 casos el epiplón (1.95) solo en dos se encontró metastasis tumoral por cáncer ovárico y en uno, leiomiomatosis peritoneal diseminada.

Un caso que merece discusión fue de leiomiomatosis peritoneal-diseminada. Solo se han reportado hasta la fecha 11 casos en la literatura mundial, (y uno asociado a embarazo, el nuestro será motivo de publicación especial. Solo haremos algunas con der aciones.)

Existe evidencia que los leiomiomas uterinos son perfectamente benignos en su apariencia y son capaces de extenderse en forma local y metastatizar a distancia por vía linfática. La leiomiomatosis peritoneal diseminada aún no es muy clara, está asociada a leiomiomas uterinos y hay frecuentemente lesiones exactas subserosas del mismo tamaño con lesiones peritoneales y no se sabe si sea con implante peritoneal directo o una forma de parasitismo. Los nódulos peritoneales no han sido descritos — que tiendan a progresar o sin han documentado su regresión, — la leiomiomatosis afecta predominantemente las negras premeno

pausicas. Esta entidad frecuentemente confundida con carcinoma
tosia (5 6). Nuestro caso fué reportado en una mujer blanca que
en el tresoperatorio fué confundido con cáncer ovárico, por --
lo que fué tomada biopsia reportado tejido ovárico normal. Fi-
nalmente fué alcarada dicha patología.

ANALISIS DE HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS Y CORRELACION ANATOMO
CLINICA ENTRE DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO Y DIAGNOSTICO -
HISTOPATOLOGICO. EN 330 CASOS GINECOLOGICOS.

Se encuentran consignados en los cuadros (), solo comen-
tamos algunos de los diagnósticos más relevantes en la casuísti-
ca, no haremos mención de los procesos malignos y premalignos -
pues los diagnósticos fueron apollados en citología biopsia o
legrado uterino. Ver cuadro ().

Uno de los diagnósticos más frecuentes fué la miomatosis uteri-
na con 146 casos (44.24%), de los cuales solo en 91 casos --
(62.3%) fué confirmado mediante el análisis microscópico, y fué--
negado en 55 casos (37.7%). Fué encontrado como hallazgo en 29
casos (8.7%).

El diagnóstico clínico de adenomosis fué realizado en 8 casos -
(2.24%) de los cuales solo 4 fueron confirmados en el análisis--
histopatológico, habiéndose encontrado como hallazgo en 67 casos

(20.3%).

Cuando se realizó el diagnóstico de prolapso uterino con útero normal (26 casos) (7.8%) este fué confirmado en 18 casos (69.2%) y negado en 8 (30.8%).

En tres casos 0.90% se realizó el diagnóstico de cistadenoma de ovario mismo número de casos, fué confirmado en el estudio histopatológico, y como hallazgo fué encontrado en un caso.

En 5 casos (1.51%) se realizó el diagnóstico de aborto séptico el cual fué confirmado en todos los casos.

3 casos de anexitis (0.90%) se realizó el diagnóstico fué confirmado en 2 casos (66.7%) encontrado como hallazgo en 11 casos más.

Cuando fué realizado el diagnóstico de placenta corota 2 casos (0.60%) del cual solo fué confirmado un caso (50%) y como hallazgo un caso.

La atonía uterina fué diagnosticada en 2 casos (0.60%), los dos no se observaron cambios microscópicos compatibles.

Embarazo ectópico 2 casos (0.60) sólo fué confirmado en un caso (50%).

Al continuar el análisis de los hallazgos histopatológicos de -

casos en los cuales no fue realizado el diagnóstico clínico - destacan:

15 casos de quistes ováricos (4.54%), 2 casos de cáncer ovárico (0.60), tumor de Brenner 2 casos (0.60%). Endometritis post aborto 3 casos (0.90%) y finalmente 2 casos de embarazo normal (0.60%).

El examen de las vísceras pélvicas ocasionalmente, o tal vez muy frecuentemente es impreciso, aunque lo realicen los clínicos más experimentados. En nuestro medio a pesar de contar con los auxiliares de diagnóstico elementales y recientemente el ultrasonido, solo ocasionalmente son utilizados, este último fue utilizado en algunos casos obstétricos y uno ginecológico. Pensamos que la clínica es elemental, pero la buena clínica es aigo que no debemos exigir para poder confiar más en nosotros mismos para disminuir errores en el diagnóstico como es el caso de hacer extirpación del útero en dos ocasiones si haberes percetado la existencia de un embarazo normal, Sprague en un estudio de 500 pacientes sometidas a historectomía vaginal encontró 5 embarazos normales al analizar los resultados de diagnóstico histopatológico. A pesar de estos reportes considera-

mos injustificados estos errores.

UTEROS CON LESIONES MICROSCOPICAS MINIMAS CONSIDERADOS
NORMALES. 52 CASOS (16.95%) DE 307 CASOS GINECOLOGICOS.

Se encuentran consignados en el cuadro no. () donde
lo correlacionamos con el diagnóstico clínico y el número
total de casos.

La indicación donde fueron resecados la mayor parte de úte
ros normales fué la miomatosis uterina 23 casos de 146 diag
nósticos que corresponde a un (15.75%). Cuando se realizó
el diagnóstico de prolapso uterino 26 casos fueron resaca
dos úteros normales en 18 casos correspondiendo a un (69%),
en los casos que fué diagnosticado displasia del cérvix 10
casos que se obtuvo útero normal en 6 que corresponde al -
(60%). En los 3 casos donde el diagnóstico fué congestión-
pélvica se obtuvieron 2 úteros normales (66.66%), en 8 -
casos de adenomiosis 2 fueron úteros normales (25%), y en -
cáncer cervico uterino 9 casos, uno de ellos se reportó -
útero normal.

Si descartamos los casos de displasia y cáncer cervicouta-
rino donde el diagnóstico fué apoyado en la citología, y

los casos de prolapso uterino quedarían 27 uteros reseca-
dos - injustificadamente que corresponde a un (8.79%).

El análisis comparativo con el porcentaje que reporta Schulz-
C. (12.4%) de uteros normales extirpados injustificadamente.

MORBILIDAD

Los datos relacionados con la morbilidad se encuentran — consignados en los cuadros () donde además se correlacionan según el tipo de histerectomía.

Análisis de las complicaciones transoperatorias.

Se reportan un total de 63 pacientes complicadas que corresponden a un (19%) del total.

La mayor frecuencia corresponde a las histerectomías subtotales (66.6%), siguen las histerectomías radicales con un (55.5%) las de causa obstétrica con el (39.13%), las histerectomías — simples abdominales (14.6%) y para la vía vaginal el (11.90%).

Una de las complicaciones que con mayor frecuencia se presentó fué la hemorragia y ocupó el (13.3%) del total de casos con 44 casos.

Se presentó en el (44.44%) de las histerectomías radicales, — en el (26.08%) de las histerectomías por causas obstétricas — en el (16.66%) de las histerectomías subtotales, en el (12.0%) de las histerectomías simples abdominales y en el (7.14) de — las histerectomías por vía vaginal.

Nuestros datos coinciden con los que reporta Mathing (21), - para la histerectomía abdominal, y con los reportados con -- Sprague (20) 2.2% para la histerectomía vaginal, y coinciden que es menor la pérdida sanguínea en relación a la histerecto- mía abdominal y por razones obvias cuando se realiza cirugía extensa.

Otra de las complicaciones frecuentes reportadas fueron- las dificultades en la técnica quirúrgica, en nuestro estu- dio ocurrió en 7 casos (2.2%) del total de los casos.

Se presentó en el (33.3%) de las histerectomías por causa -- obstétrica en el (2.38%) para la vía vaginal y en (1.20%) de las histerectomías simples abdominales.

No es reportada esta complicación en caso de histerectomía - radical, sin embargo a pesar de la habilidad del cirujano es común en la mayor parte de los casos de tipo problema que -- casi siempre va ligado a la mayor pérdida sanguínea.

Las lesiones ureterales se presentaron en 3 casos (0.9%).

En dos casos fueron ligadura de ureteró y fueron durante hi- terectomía simple abdominal, otro caso de lesión uretero -- vesical izquierda fué durante histerectomía radical.

Es difícil valorar la frecuencia exacta de traumatismo del ureter durante la histerectomía. Desde 1950 diversas publicaciones han indicado límites de 0.48 a 2.9% de las operaciones ginecológicas en trastornos benignos (2).

Nuestros resultados son similares a los reportados, tomando en cuenta que un caso fué ocasionado en una histerectomía radical donde la morbilidad es significativamente mayor.

Milagros A. y cols, reportan una reducción de la tasa de formación de fístulas, que va de 10.2% para 1953 a 64, a 1964 a 73, en 117 y 121 casos respectivamente, como complicación de cirugía pélvica radical.

La sección vesical fué observada en dos casos durante una histerectomía vaginal y otra por causa obstétrica.

Pratt en su estudio de 1563 pacientes en las que se realizó histerectomía vaginal, la sección vesical ocurrió en 4 casos con una frecuencia de uno por cada 400 casos y no observó diferencia importante al hecho de tener o no cirugía pélvica previa. Sprague en su estudio de 500 histerectomías vaginales reporta 8 casos de sección vesical 4 de ellas habían tenido cesárea previa (25).

En el caso que reportamos la paciente tenía antecedente de 2 - cesáreas previas en ella también fué introducida una gase a la cavidad abdominal tendiendo que realizar enseguida laparotomía para su extracción.

La laceración intestinal ocurrió en dos casos, en uno histerectomía simple abdominal y otro en histerectomía radical.

Tal y como reporta Douglas (24), las lesiones intestinales en el transoperatorio de cirugía ginecológica, son frecuentes — Cohen (22) ha observado hemorragias ptequiales con la simple colocación de Compresas con más frecuencia ocurren en las histerectomías difíciles donde se encuentra involucrado el intestino y útero frecuentemente con procesos infecciosos inflamatorios, adherencias, endometriosis, neoplasias malignas, radioterapia previa etc.

Los casos que reportamos presentaban estos agravantes, una evolución en el postoperatorio con fístula rectovaginal y otra — falleció en el transoperatorio.

Análisis de las complicaciones postoperatorias que se presentaron en 125 pacientes (37.87%) del total, y que se encuentran consignadas y correlacionadas con los tipos de histerectomías en el cuadro ().

Corresponde a las histerectomías radicales la mayor frecuencia con un (55.5%), continuando las de causa obstétrica - (52.17%), la histerectomía total simple (36.8%), para la -- histerectomía subtotal con (33.33%) y la de menor frecuencia para la histerectomía vaginal (28.57%).

Debido a la diversidad de complicaciones consideramos con variante para su análisis, dividir las en 4 grupos:

- 1) las del sitio operatorio (28.8%), 2) Urinarias (25.6%) -
- 3) gastrointestinales (8.0%) 4) Sistémicas y otras: (36.6%).

Haremos mención de las complicaciones más relevantes.

Del grupo 1, que corresponden a las complicaciones del sitio - operatorio (28.8%) 37 casos.

Fué el absceso de cúpula el observado con mayor frecuencia -- con 10 casos, 6 en histerectomía simple abdominal, 2 en histerectomía vaginal y 2 en histerectomía por causa obstétrica, si analizamos el cuadro () veremos que fué utilizado drainaje - en la cúpula en 56 casos, y sólo en dos casos se relacionó -- con absceso de cúpula.

Diversos estudios han demostrado que los antibióticos pro filácticos pueden reducir la tasa de infección y morbilidad - con histerectomía.

H. Swartz y Pongsak Tanaree, en un estudio de 451 pacientes-histerectomizadas, en que utilizó drenajes con sonda en T, - y antibióticos observó que ambos métodos disminuyen el índice de morbilidad, pero no encontró una diferencia significativa- y que resultaron igualmente efectivos para reducir la tasa de morbilidad después de una histerectomía abdominal o vaginal.

(17).

Coincidimos con esta idea, al analizar la morbilidad correlacionada con el uso de drenajes, y concluimos que es un recurso básico en los problemas sépticos, recomendable en casos - de cirugía extensa, y en aquellos que presentan problemas de hemostasia a nivel operatorio y sobre todo si se trata de - pacientes predispuestas como es la obesidad.

Absceso de pared abdominal.

Son reportados 5 casos, 3 correspondieron a histerectomía simple y dos por causa obstétrica, correlacionado con los drenajes de la pared abdominal que fueron 31 casos sólo uno presentó absceso de pared.

La dehiscencia, hematoma y celulitis fueron observados cada uno en tres casos, todos fueron en histerectomía simple y ninguno con drenaje.

Absceso pélvico, se presentaron en dos casos, y fueron en histerectomía simple abdominal, tampoco tuvo drenaje.

El resto de complicaciones del sitio operatorio ver cuadro ().

En el grupo 2, del tracto urinario 32 casos (25.6%), destacan 2 casos de fístula vesicovaginal ocurridas en histerectomía abdominal simple, y otra en histerectomía por causa obstétrica. Un caso de fístula ureterovaginal resultado de histerectomía radical, y otro caso de cuerpo extraño en uretero.

La consideración retrospectiva de las lesiones ureterales con base en el estudio de fístulas ureterovaginales indica que el 80 a 90%, son secundarios a operaciones ginecológicas y que -

el 70 a 75%, guardan relación con una sola operación y estas es la histerectomía total abdominal (21).

Un caso de nuestro estudio merece comentar, y es el de haberse dejado una candelilla en la luz del uretero durante el — transoperatorio al advertir el cirujano que había seccionado el uretero, este método no se encuentra referido en la literatura para la solución de estos problemas, dicha paciente requirió dos reintervenciones más.

Del grupo 3, en donde incluimos a las complicaciones — del aparato gastrointestinal 10 casos (8.0%).

Destacamos que en tres casos se presentó sangrado de tubo — digestivo alto por úlceras de stress quirúrgico. Dos fueron histerectomía abdominal simple, y una radical, en dos casos se acompañó con insuficiencia renal en una de ellas fué motivo de muerte.

Otro caso fué una oclusión intestinal que ameritó laparotomía ocasionando perforaciones intestinales y contribuyó al fallecimiento, en un caso ginecológico de histerectomía simple. Finalmente solo un caso de fistula recto vaginal, observado en una paciente con histerectomía subtotal.

Coincidimos en la opinión de otros autores (24,21), en rela-

ción a nuestros resultados. Las lesiones en el tracto gastrointestinal son motivo en el índice elevado de morbimortalidad comparado con la lesión en las vías urinarias como complicación más frecuentes en cirugía ginecológica.

En el grupo 4, de complicaciones sistémicas y otras 46 casos (36.8%).

Revisaremos dos casos que merecen discusión:

Uno de hemoperitoneo y otro con tromboembolia pulmonar en los dos casos las pacientes fueron portadoras de protesis de válvula cardíaca y con tratamiento previo a base de anti coagulantes.

Una de las pacientes sometida a histerectomía subtotal por motivo de disminuir el riesgo quirúrgico sin embargo en el postoperatorio inmediato fué reintervenida por hemoperitoneo a consecuencia de un pedículo sangrante siendo necesario resacar el cérvix residual y revisar la hemostasia.

El otro caso complicado con tromboembolia pulmonar que exerció cuidados de terapia intensiva.

Es indiscutible el riesgo quirúrgico elevado en este tipo de pacientes y que fué manifestado por un incremento en la morbilidad en relación directa a su padecimiento.

Afortunadamente en ambos casos su recuperación fué exitosa.

MORTALIDAD

No total de casos: 3 (0.9%).

Caso I. 65 años. diagnóstico adenocarcinoma de vulva, - riesgo quirúrgico II. Bajo anestesia general se realiza vulvectomía radical con exenteración -- posterior, durante el transoperatorio hay hemo- rragia de vasos ilíacos lo que ocasiona shock- hipovolemico y paro cardiorrespiratorio irrever- sible tiempo quirúrgico 7:30 hrs, no se reporta hemotransfusión.

Caso II Paciente de 40 años, diagnóstico Ca. Cu IIB per- sistente a radioterapia, bajo anestesia general, datos de invasión de vejiga por lo que se reali- za exenteración anterior con derivación ureteral a segmento aislado de colón transverso. Se rea- liza apendicectomía, durante el acto operatorio. Hay hemorragia laceración a recto sigmoides, - cursa con sangrado de tubo digestivo alto por - ulcera de Stress, amerita hemotransfusión de --

4.800 ml finalmente insuficiencia renal aguda e insuficiencia -
cardíaca, y defunción al 24 día tiempo quirúrgico 4:20 hrs.

Caso III. 53 años, casada, obesa, menorragias de 6 meses de evo-
lución, citología y logrado con hiperplasia endome-
trial. Diagnóstico preoperatorio: miomatosis uterina,
en el transoperatorio se reporta útero normal, hay -
dificultades técnicas, sección iatrogena de vejiga -
la cual se repara, cursa con fistula vesicovaginal -
4o. día de postoperatorio datos de obstrucción intes-
tinal, se realiza nueva laparotomía se encuentran -
adherencias. Lo que al intentar liberarlas se ocasiona
na perforación de yeyuno.

2o. día de reintervención presenta paro por probable
tromboembolia pulmonar y broncoaspiración.

Tiempo quirúrgico de histerectomía 3:30 hrs hospital
13 días.

La exenteración pelviana es un tratamiento establecido para
cáncer ginecológico, aunque las pacientes sometidas a este -
procedimiento están expuestas a un alto riesgo de complicacio-

nas e inclusive a la muerte.

Rutledge, reporta 296 pacientes operadas por este procedimiento del año de 1955 a 1976 (21 años), en el Hospital M.D de Anderson de la Universidad de Texas. Obtuvieron una tasa de mortalidad del 13.5% de pacientes que fallecieron en el postoperatorio.

J.J. Mikuta, reporta una tasa de mortalidad en el transoperatorio de 0.82%, en 243 pacientes sometidas a exenteración pélvica en la Universidad de Pensilvania, a causa de hemorragia incontrolable.

En casos de histerectomía simple abdominal, Pérez, de B. reporta una tasa de mortalidad de 0.8% en 250 casos, y 0% para histerectomía vaginal.

Pratt, refiere que el peligro de muerte para la histerectomía vaginal es de aproximadamente 0.4% esto es una mujer por cada 100 operaciones, pero para la mujer que fallece es del 100%.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La proporción de la histerectomía abdominal en relación a la vaginal fue en 330 casos: 288 (87.27%) para la vía abdominal y 42 (12.72%) para la vía vaginal.
- 2.- El mayor número de pacientes sometidas a histerectomía -- fue entre la 4o y 5a década de la vida.
- 3.- Las cardiopatas con prótesis valvular ameritan el riesgo de morbilidad.
- 4.- La cirugía pélvica previa no fue motivo de contraindicaciones de histerectomía vaginal.
- 5.- La histerectomía subtotal no es un recurso que disminuya la morbilidad en pacientes de alto riesgo.
- 6.- El aborto séptico sigue ocupando el primer lugar de histerectomía, por causa obstétrica (30.43%).
- 7.- La citología sigue siendo el método de detección del mayor número de casos que obligan a efectuarse histerectomías.

- 8.- El índice de certeza del estudio citológico para diagnóstico de C. A. C. U es de 97% para endometrio; 40% para - Ca de ovario y no hubo correlación citológica histopatológica en casos de displasias.
- 9.- El tumor benigno más frecuente encontrado son los leiomiomas (39%).
- 10.- No existe diferencia significativa en relación a la fase del ciclo menstrual durante la histerectomía.
- 11.- Es baja la frecuencia de salpingitis.
- 12.- La alteración patológica más común fue la cervicitis -- (74.4%).
- 13.- Fue reportado un caso de leiomiomatosis peritoneal diseminada.
- 14.- Existe un índice de error en el diagnóstico clínico del - 37.7% correlacionado con el diagnóstico histopatológico -

en caso de miomatosis.

- 15.- La adenomiosis es la lesión patológica que con mayor frecuencia no fue sospechosa.
- 16.- (16.95%) de ureteros extirpados no mostraron lesiones patológicas que justifiquen su extirpación, a excepción de prolapso uterino (8.79%).
- 17.- Presentó mayor morbilidad la histerectomía abdominal que la vaginal.
- 18.- 3 casos de muertes.
- 19.- La proporción de histerectomía abdominal en relación a la histerectomía vaginal fue en 330 casos de (87.27%) para la vía abdominal y (12.72%) para la vaginal.
- 20.- De 268 casos de histerectomía abdominal, se efectuaron - 273 histerectomías abdominales simples, 9 histerectomías radicales y 6 subtotaes.

- 21.- La edad de las pacientes fluctuó entre 20 y 81 años, correspondiendo a la cuarta y quinta década de la vida el mayor número de casos (39.7%), sin observar una diferencia significativa para la vía de acceso.
- 22.- Los padecimientos concomitantes, los más frecuentes fueron los de tipo endocrino (28.7%), de los cuales la obesidad (19.3%), es predominante con un (19.3%), destacando las cardiopatías con prótesis valvular (1.2%) por su relación directa en el incremento de la morbilidad.
- 23.- El dolor abdominal (58.9%) y la menorragia (32.8%) fueron los síntomas más frecuentes de la histerectomía abdominal y el de sensación de cuerpo extraño (72.2%) en histerectomía vaginal.
- 24.- El diagnóstico por hallazgo fue realizado en el (26.38%) de los casos siendo la citología cervicovaginal (13.68%), y la exploración clínica (9.12%), los métodos que mayor número de casos detectaron, correspondiendo al ultrasonido en menor número de casos (0.3%).

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

- 1.- Miguel Schultz C. Histerectomías innecesarias. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XIII: 509; 1958.
- 2.- Paul G. Stumpf M.D. Charles A. Ballard, M.D. Richard — Lowensohn, M.D. Abdominal Hysterectomy for abortion — Sterilization Am. J. Obstet. Gynecol. 136: 714; 1960.
- 3.- C. Fernández del Castillo. Histerectomía en procesos — ginecológicos benignos. Cirugía y Cirujanos.
- 4.- J. L. Pérez de Salazar C. Fernández del Castillo, R. — Blengio Pinto. 1,100 histerectomías. Ginecología y Obstetricia. Vol. XX: 59; 1965.
- 5.- On W. Lim. M.D.; Arthur Segal. M.D., and Harry K. Ziel — M.D. Leiomyomatosis peritonealis disseminata associated with pregnancy. Obstetrics and Gynecology 55: 122; 1980.
- 6.- Kaplan et al. Leiomyomatosis peritonealis Disseminata — with endometrium. Obstetrics and Gynecology 55: 119. 1980.
- 7.- Jackson P. y cols. A successful pregnancy following total hysterectomy. Br. J. Obstet. Gynecol. Mayo 87:353. 1980.
- 8.- Cocks PS. Early Ectopic pregnancy after vaginal hysterectomy two case reports. Br. J. Obstet. Gynecol. 1980.

- 9.- Copenhaver E. H. Vaginal hysterectomy, past, present, -
and future. Surg. Clin. North Am. 60 (2):437-49. 1980.
- 10.- Keith O. Discussion Group for posthysterectomy patients
Health Soc. Work 1980 feb; 5 (1): 59-63.
- 11.- H.W. Balasa. L.L Adcock, K.A. Prem y L.P. Dehner. The -
Brenner tumor obstetric and Gynecology, 1977.
- 12.- O. Késar. Diagnostic et Traitement Chirurgical du carci-
nome preinvasif et invasif du col uterin. Journal de --
Gynecologie Obstetrique et Biologie de la reproduction--
3:187. 1974.
- 13.- J. L. Pérez de Salazar Histerectomia Vaginal. Cirugia y
Cirujanos. No. 3 y 4: 129; 1979.
- 14.- S. V. Radisavljevic. The pathogenesis of ovarian inclu-
sion cyst and cystomas. Obstetrics and Gynecology, 49 :
424. 1977.
- 15.- Michael S. Bagish and Wing. Lee. Abdominal Wound Disrup-
tion Obstet. Gynecol. 46:530-534. nov. 1975.
- 16.- Roy M. Pitkin. Abdominal hysterectomy in Obese Women.
Surg. Gynecol. Obstet. 142: 532-536: abril 1976.

- 17.- William H. Swartz and Pongsak Taware, T. Tube suction - drainage and/or prophylactic antibiotics: Randomized - study of 451 hysterectomies. *Obstet. Gynecol.* 47: 665-670; junio 1976.
- 18.- Richard J. Stock and Aniza Kanbour. Prehysterectomy - curettage. *Obstet. Gynecol.* 45: 537-541. May. 1975.
- 19.- G. Tatra. Indications and complications of vaginal hysterectomy, study of 3,482 cases. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 33:904-909. Nov. 1973.
- 20.- A.D. Sprague and Van Naguell Jr. Relationship of age and endometrial histology to blood loss and morbidity following vaginal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 118 : 805-808, mar. 15. 1974.
- 21.- Richard E. Symonds. Conceptos actuales de cirugía ginecológica. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.* 619. 1976.
- 22.- S. J. Joel Cohen. Lugar de la histerectomía abdominal. *Ginecología y Obstetricia. Temas actuales.* 3:525. 1978.
- 23.- A. F. Lash R. C. Stepto. Técnica Chicago para la histerectomía vaginal en el hospital cook County. *Clínicas - Obstetricas y ginecológicas,* septiembre 1972.

- 24.- R. I. Hassid. Indicaciones y contraindicaciones de la -
histerectomía vaginal. 697. 1972.
- 25.- J. H. Pratt. Prevención y tratamiento de las complica--
ciones comunes de la histerectomía vaginal. Clínicas --
obstétricas y Ginecológicas. 619. 1976.
- 26.- R. B. Durfee. Evolución de la histerectomía cesárea.
Clínicas Obstetricas y Ginecológicas. 575: 1969.
- 27.- Pineda Guerrero. Ahued Ahued R. y Yaspick Flores. Hista
rectomía, análisis de 1000 casos. 1971.
- 28.- Memorias del curso teórico denominado oncología gineco-
lógica para médicos generales. 21 al 25 de abril de --
1980.