

11217

1/0



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina

División de Estudios de Post-grado

Hospital General "Dr. Darío Fernández" I.S.S.S.T.E.

**MORBIMORTALIDAD EN HISTERECTOMIA VAGINAL**

(Estudio Retrospectivo)

**T E S I S**

Para obtener el título de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Presenta el:

Dr. Jesús Manuel Guerrero Inzunza



México, D. F.

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

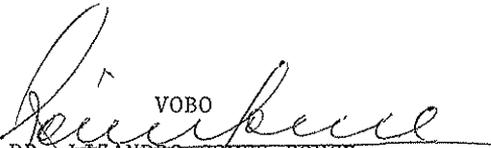
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

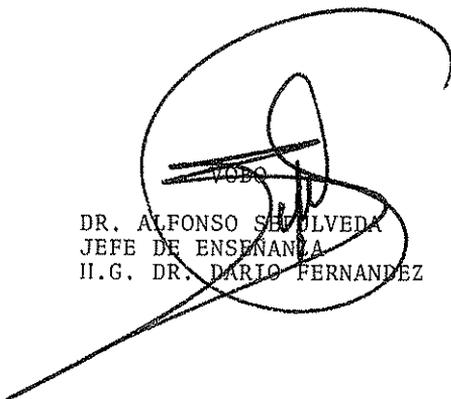
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

U N A M

TITULO:  
MORBIMORTALIDAD  
EN  
HISTERECTOMIA VAGINAL

PRESENTA:  
DR. JESUS MANUEL GUERRERO INZUNZA  
COORDINADOR:  
DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS

  
VOBO  
DR. ALEJANDRO GOMEZ PONCE  
TITULAR DEL CURSO  
DE POSTGRADO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

  
VOBO  
DR. ALFONSO SCHULVEDA  
JEFE DE ENSEÑANZA  
H.G. DR. DARIO FERNANDEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS MAESTROS;

DR. LIZANDRO GOMEZ PONCE  
DR. RAUL RODRIGUEZ LOPEZ  
DR. LUIS F. RODRIGUEZ TORRES  
DR. CARLOS LOPEZ ROSALES  
DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS  
DR. HUGO CISNEROS LUGO  
DR. ISAIAS VELASQUEZ ESPINOZA  
DR. ALEJANDRO ROMERO RESENDIZ  
DR. CARLOS LUNA URGEL  
DR. LUIS GOMEZ DAZA..  
DR. JORGE JUAREZ VASQUEZ  
DR. JUAN CASTELLANOS RODRIGUEZ

EN ESPECIAL A MI --  
COORDINADOR MAESTRO  
Y AMIGO. DR. ALBER-  
TO CHAVEZ MERLOS.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A Mps Padres:

Jesús Manuel y Ma del Socorro,

Con profundo cariño y agradecimiento,

A Mi Esposa: Emma Gloria

Por su paciencia y por los

estímulos para mi realización

A Mis Hijos.

Jesus Manuel, Emma Gloria y Joanna.

Por ser el aliciente para mi superación.

A Mis Hermanos.

Margarita, Rosario, Lolis, Martha -

Alicia, Carlos, Humberto, Guillermo,

En especial a Jose Sergio..

Con respeto y cariño,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

INDICE

I.- INTRODUCCION.....

II.- HISTORIA.....

III.- CLASIFICACION DE LOS TIPO DE TECNICAS--  
EN HISTERECTOMIA VAGINAL.....

IV.- TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVIGENITAL

V.- MATERIAL Y METODOS.....

VI.- RESULTADOS.....

VII.- DISCUSION.....

VIII.- CONCLUSIONES.....

IX.- BIBLIOGRAFIA.....

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

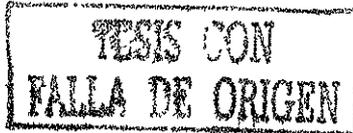
## INTRODUCCION

La histerectomía vaginal siempre ha sido reconocida como la operación ginecológica por excelencia. Encontrándose en la literatura que durante las últimas décadas el interés por la vía vaginal ha aumentado; es un método operatorio que se ha impuesto a través del tiempo no obstante circunstancias adversas. Resaltó aún antes de los antibióticos por manejarse en peritoneo pélvico que es más resistente que el abdominal y de fácil e inmejorable drenaje.<sup>17</sup>

Funcionó con mejores resultados en mujeres de edad avanzada y de alto riesgo, por ser operación casi extraperiotoneal; así fué cómo de ser operación quizá la más antigua de la ginecología, se ha mantenido en primera línea con aceptable morbi-mortalidad.

Esta técnica ha sido uno de los procedimientos quirúrgicos que diferencian al cirujano general del ginecólogo; y ningún médico puede llamarse "Cirujano Ginecólogo", si no ha realizado este tipo de cirugía vaginal, ya que debe tener indicaciones precisas y conocimientos de la técnica.<sup>1</sup>

El éxito dentro del tratamiento de la enfermedad ginecológica depende del conocimiento completo de la fisiología y patología de los órganos de la reproducción y de las manifestaciones clínicas de la enfermedad pélvica. ( Thomson).



Como objetivos debemos conocer el grado de perfección de las técnicas quirúrgicas en histerectomía vaginal, así como el manejo pre-y postoperatorio, para la evolución satisfactoria de la paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HISTORIA

Se tienen datos sobre la Histerectomía-vaginal desde hace muchos años. Los pioneros de ésta técnica quirúrgica, la inician en pacientes con prolapso uterino y cáncer cervico uterino.

Soranus, (siglo II), obstetra griego, parece haber sido el primero que ideó la histerectomía vaginal para el prolapso uterino.

Avenzoar, cirujano árabe y Berengiano de Capri en 1517, practicaron histerectomías vaginales en casos de prolapso genital.

Giovani Andrea De La Croce en 1560, hace la extirpación de un útero completo por cáncer.

En Alemania Langenbek en 1813<sup>6</sup> efectuó la primera histerectomía vaginal intencional, y al parecer la primera con buenos resultados. Recamier señaló la necesidad de aislar los vasos uterinos a fin de ligarlos y controlar el sangrado.

Sauter en 1822 fué el que efectuó la segunda histerectomía vaginal intencional por cáncer.

En Inglaterra Blundell en 1829, efectúa la primera histerectomía vaginal por cáncer y prolapso uterino. En éste mismo año



Warren en Estados Unidos de Norte América inicia ésta cirugía Ginecológica.

En 1835 Bellini el método de ligadura para extirpar un útero con prolapso.

Nicolás San Juan en 1888 efectúa la primera histerectomía vaginal en México.

Shuardt en 1898 había efectuado la primera histerectomía vaginal radical en forma no planeada, designándola histerectomía perineo-vaginal.

Durcen en 1899 reportó que la vía vaginal fué usada para tratar procesos benignos ginecológicos en el 8% de los casos.

En 1911 S. Willis, Vandler de Nueva York publica su primer bibliografía titulada Vaginal Celiotomy, enfatizando la gran importancia de la vía vaginal para el tratamiento de ciertos padecimientos ginecológicos en donde incluye el prolapso uterino. afirmando que difícilmente se podría sostener la vía abdominal para la resolución de éstos problemas.

En 1915 Mayo describió el uso de los ligamentos de sostén para formar una "hamaca" por debajo de la vejiga y N.S. Heaney, en un reporte de 1934 contribuyó a despertar nuevamente el --



el interés por la vía vaginal.

Las indicaciones para la histerectomía vaginal han cambiado a través de los años. El prolapso total uterino encontró -- indicación para éste procedimiento, aún antes que la operación fuera descrita. En alemania y Norteamérica el Cáncer cervico uterino fué indicación importante durante el siglo XIX; Se menciona también que la histerectomía vaginal puede estar indicada si con la presencia de carcionoma In Situ o de displasia grave interviene factores como menorragia, prolapso sintomático o deseo de esterilización.<sup>21</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE  
TECNICAS EN HISTERECTOMIA  
VAGINAL.

Los pasos quirúrgicos de las diferentes técnicas, son -- muy uniformes; sin embargo el manejo de la cúpula vaginal difiere en cada una de las técnicas. Lo importante es asegurar la hemostasia, el drenaje de la pared vaginal anterior y formar un canal vaginal adecuado para la función sexual. <sup>21</sup>

Las técnicas propuestas son de cuatro tipos: la panhisterectomía vaginal que consiste en la suspensión de muñón vaginal, - corrección del cistocelo y a la reparación vagino perineal. La -- técnica de Weibel y sobre todo la modificación conocida como Weibel-Castillojos, fué la primera en tomar en cuenta la necesidad -- de fijar el muñón vaginal por medio de los pedículos de los ligamentos uterinos. Para realizar la histerectomía vaginal en los -- prolapsos uterinos y hacerla una operación reconstructiva, se han propuesto diversas modificaciones, como la unión de los ligamentos cardiales debajo de la vejiga, fijación de los ligamentos altos-- del útero al ligamento uretral y a la vagina ( Ricci y Shaw ). Las técnicas más aceptadas son, la de Correa, D Esopo y la de Krige.

La colpohisterectomía total, consiste en extirpar el útero y la vagina, aproximar en toda la extensión posible a los músculos elevadores y ocluye totalmente el orificio vulvar, ésta técnica en ocasiones es necesaria en la mujer anciana. En la opera--

ción de Spalding Richardson, se realiza por vía vaginal una histerectomía subtotal y una amputación del cervix, dejando el istmo uterino con buena irrigación sanguínea, se sutura el muñón ístmico en su parte superior y se fijan a él los pedículos que contienen a los ligamentos redondos, los útero-ováricos y las trompas. Se sutura el peritoneo vesical detrás del muñón ístmico y se repara en toda su extensión la fascia pubocervical sobre el muñón uterino. Se reseca la porción excedente de vagina, se sutura ésta y se cubre el muñón libre uterino con la vagina por medio de puntos de Sturmdorff.

La operación de Chaffin, es una histerectomía subtotal que fija los muñones de los ligamentos redondos y anchos a la cara posterior del cérvix e interpone el cuello entre la vejiga y la vagina.<sup>2</sup>

En general, para que la histerectomía vaginal se constituya en tratamiento del prolapso uterino debe ir asociada a suspensión del muñón vaginal, corrección del ángulo uretrovesical, del cisto y rectocele, cierre del douglas y reparación perineal.<sup>16</sup>

TRASTORNOS DE LA ESTATICA  
PELVIGENITAL

Para comprender los trastornos de la estática pélvica,-- hay que conocer que el mantenimiento de los órganos pélvicos en la posición anatómica normal depende de tres sistemas. El sistema de suspensión formado por el retinaculum uteri que son condensaciones pseudoligamentarias de la fascia endopélvica. El sistema de sustentación formado por el piso pélvico, el cuál tiene tres componentes el diafragma pélvico, el diafragma urogenital y el cuerpo perineal Y por último el sistema de contención, constituído por la fascia--úterovaginal, vesical y rectal. 11 15

Hay que recordar que el piso pélvico está sostenido por músculos estriados y que no derivan de los conductos mullerianos!<sup>14</sup>

El prolapso es debido principalmente a la lesión de los elementos de suspensión, contención y de soporte. La elongación del aparato superior de suspensión, produce descenso del cuello --uterino y la inversión de la vagina. La diástasis de los músculos elevadores, amplía el hiato genital y permite la salida del cuerpo uterino.<sup>5</sup>

Debemos distinguir entre dos formas fundamentales de --- producirse el prolapso, prolapso por rotura o relajación del suelo muscular del periné. Prolapso por relajación o debilidad de los -retináculos del útero. El primer mecanismo es el más común y es -

el que suele presentarse en grandes multíparas, en las que tras---  
varios partos con desgarros perineales no reparados, poco a poco--  
el suelo de la pelvis va cediendo y deja salir los genitales.

El segundo mecanismo es típico del prolapso en mujeres -  
vírgenes. En éste caso, el útero, mal sujeto por sus ligamentos -  
en la pelvis, va poco a poco descendiendo en el canal del parto, -  
dilatando por su propio esfuerzo la vagina hasta asomar al exte --  
rior. <sup>4</sup>

UNIVERSIDAD NACIONAL  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CARRERA DE ODONTOLOGIA  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron cien expedientes clínicos de pacientes sometidas a intervención quirúrgica de Histerectomía vaginal, realizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital -- General " Dr Darío Fernández del ISSSTE, en el período comprendido de 1981 a 1983.

Estudiándose la morbimortalidad que presentaron las pacientes intervenidas.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: Edad de las pacientes, paridad, diagnóstico preoperatorio, tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias, complicaciones inmediatas y complicaciones tardías.

## RESULTADOS

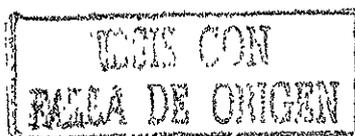
La edad de las pacientes intervenidas de histerectomía vaginal, comprendió de los 26 a los 85 años, observándose la máxima incidencia al grupo de 56 a 65 años con 29 pacientes ( 29% ). Con un promedio de edad de 55.5 años. ( cuadro I ).

La paridad varió entre 0 a 15 partos, obteniéndose 37 -- casos en el grupo de 4 a 7 partos ( 37 % ); con una paridad promedio de 7.5 partos. ( Cuadro II ).

En el cuadro III se puede observar la frecuencia de las - pacientes intervenidas de histerectomía vaginal en relación al --- diagnóstico preoperatorio. correspondiendo al prolapso II 58 casos la mayor incidencia ( 58 % ). Es importante mencionar que 4 casos ( 4 % ) no presentaban prolapso uterino.

Se puede apreciar en el cuadro IV que en las pacientes - con prolapso grado I ( 22 casos ), se presentaron 4 patologías --- asociadas, predominando la miomatosis uterina con dos -casos (50%) un caso con pólipo endocervical ( 25 % ) y un caso con cervicitis- periorificiaria ( 25 % ).

En el grupo con prolapso II ( 58 casos ), se observan 5 casos de patología asociada, predominando también la miomatosis -- uterina con 3 casos ( 60 % ); una elongación cervical ( 20 % ) y -



una cervicitis periorificiaria con el 20 %.

En el prolapso grado III ( 16 casos ) se asocia con dos patologías, un caso de hiperplasia endometrial ( 50 % ) y uno con cervicitis periorificiaria ( 50 % ). En el grupo de pacientes que no presentaron prolapso uterino, existieron 4 patologías asociadas; dos pacientes con miomatosis uterina ( 50 % ) y dos con pólipo endocervical ( 50 % ).

La hemorragia transoperatoria fué la única complicación observada en el estudio ( 12 casos ), presentándose 3 de ellos en el grupo de edad correspondientes de 26 a 35 años ( 25 % ) y tres casos en las edades de 36-45 años ( 25 % ). Esta correlación se puede observar en el cuadro V.

De los 12 casos de hemorragia transoperatoria 5 se encontraron entre el grupo de 4 a 7 y 8 a 11 partos respectivamente, correspondientes el 41.66 % a cada grupo. ( Cuadro VI )

El tiempo quirúrgico revisado fué de 1;30 Hrs a 3:00 Hrs observándose cuatro complicaciones transoperatorias ( 33.33% ) en las pacientes con descenso II con un tiempo operatorio de 2:00 a 2:30 Hrs, y 4 casos ( 33.33% ) con la misma complicación en un tiempo de 2:30 Hrs en las pacientes sin prolapso uterino. (cuadro VII).

La mayor incidencia como se mencionó en el cuadro ante-

rior ( VII ) correspondió al prolapso grado II y a las pacientes sin prolapso uterino, 4 casos cada uno ( 33.33 % ) respectivamente) en relación a la complicación transoperatoria ( hemorragia ), sólo se presentó un caso con shock ( 8.33 % ), ésta paciente pertenecía al grupo con prolapso grado II. ( Paciente que hubo la necesidad de reintervenir ) . Cuadro VIII El total de complicaciones tardías fué de 25 casos ( 100 % ), en el grupo de edad -- que con mayor frecuencia se presentaron fué entre 46 a 55 años, 9-casos ( 36 % ); y en el grupo que comprendía de 36 a 45 años se -- presentaron 8 casos ( 32 % ) ( cuadro IX ).

En el cuadro X se correlaciona las complicaciones transoperatorias y las complicaciones tardías; observándose que en las-pacientes que presentaron complicación transoperatoria ( Hemorragia ), no existieron complicaciones tardías; en cambio en las pa--cientes que no presentaron alteración transoperatoria, se observan 25 complicaciones tardías ( 100 % ), Correspondiendo la mayor incidencia el absceso de cúpula en 7 casos ( 28 % ), 4 casos con u--rosepsis ( 16 % ), tres ( 12 % ), con incontinencia urinaria de -- esfuerzo. El hematoma de cúpula, la dehiscencia de cisto uretro--plastía y el granuloma de cúpula; dos casos cada uno correspondien--tes el 8% respectivamente.

Sólo tres pacientes tuvieron manejo preoperatorio dos -- con estrógenos naturales ( pacientes postmenopáusicas ) y una se -- dió tratamiento preoperatorio por presentar infección de vías uri--

narias.

En el postoperatorio se controló a las 100 pacientes con sonda de foley, dos días abierta a permanencia, un día intermitente, retirándose al cuarto día, observándose diuresis espontánea -- por 24 Hrs antes de su egreso.

El tratamiento profiláctico postoperatorio se efectuó en todas las pacientes intervenidas; 89 pacientes con Ac. nalidixico y fenazopiridina; 4 pacientes con gentamicina; 3 con penicilina, -- ac. nalidixico y fenazopiridina; dos con nitrofurantofna y fenazopiridina; una con ampicilina y gentamicina y una con penicilina y kanamicina.

TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

CUADRO I

FRECUENCIA POR EDAD.

|              |                |            |
|--------------|----------------|------------|
| 26 - 35 años | 15 ptes.       | 15 %       |
| 36 - 45 años | 19 ptes.       | 19 %       |
| 46 - 55 años | 22 ptes.       | 22 %       |
| 56 - 65 años | 29 ptes.       | 29 %       |
| 66 - 75 años | 12 ptes.       | 12 %       |
| 76 - 85 años | <u>3 ptes.</u> | <u>3 %</u> |
| Total        | 100 Ptes.      | 100 %      |

CUADRO II

FRECUENCIA POR PARIDAD

|               |                 |            |
|---------------|-----------------|------------|
| 0 - 3 partos  | 25 Ptes.        | 25%        |
| 4 - 7 partos  | 37 Ptes.        | 37%        |
| 8 -11 partos  | 28 Ptes.        | 28%        |
| 12 -15 partos | <u>10 Ptes.</u> | <u>10%</u> |
| Total         | 100 Ptes.       | 100%       |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO III  
FRECUENCIA DEL DIAGNOSTICO  
PREOPERATORIO.

| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | NO CASOS         | %            |
|---------------------------|------------------|--------------|
| PROLAPSO I                | 22               | 22           |
| PROLAPSO II               | 58               | 58           |
| PROLAPSO III              | 16               | 16           |
| SIN PROLAPSO              | 4                | 4            |
| Total                     | <u>100 Casos</u> | <u>100 %</u> |

TICKS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO IV  
FRECUENCIA DEL PROLAPSO CON  
PATOLOGIA ASOCIADA.

| DIAGNOSTICO<br>PREOPERATORIO  | PATOLOGIA<br>ASOCIADA   | No CASOS                   | %         |
|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------|
| PROLAPSO I                    | MIOMATOSIS              | 2                          | 50        |
|                               | POLIPO ENDO<br>CERVICAL | 1                          | 25        |
|                               | CERVICITIS<br>PERIORIF. | <u>1</u>                   | <u>25</u> |
|                               | Total                   | 4                          | 100%      |
|                               | PROLAPSO II             | MIOMATOSIS                 | 3         |
| ELONGACION<br>CERVICAL        |                         | 1                          | 20        |
| CERVICITIS<br>PERIORIFICIARIA |                         | <u>1</u>                   | <u>20</u> |
| Total                         |                         | 5                          | 100%      |
| PROLAPSO III                  |                         | HIPERPLASIA<br>ENDOMETRIAL | 1         |
|                               | CERVICITIS P.           | <u>1</u>                   | <u>50</u> |
|                               | Total                   | 2                          | 100%      |

TESTES CON  
FALLA DE ORIGEN

SIN PROLAPSO

|             |          |           |
|-------------|----------|-----------|
| MIOMATOSIS  | 2        | 50%       |
| POLIPO ENDO |          |           |
| CERVICAL    | <u>2</u> | <u>50</u> |
| Total       | 4        | 100%      |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO V  
CORRELACION DE LA EDAD CON  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS,

| EDAD<br>( AÑOS ) | COMPLICACIONES<br>TRANSOPERATORIAS,<br>( HEMORRAGIA )<br>No CASOS | %     |
|------------------|---|-------|
| 26 - 35          | 3   | 25    |
| 36 - 45          | 3   | 25    |
| 46 - 55          | 2   | 16.66 |
| 56 - 65          | 2   | 16.66 |
| 66 - 75          | 1   | 8.33  |
| 76 - 85          | 1   | 8.33  |
| Total            | 12 casos  | 100%  |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO VI  
CORRELACION DE LA PARIDAD  
CON  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.

| PARIDAD | COMPLICACIONES<br>TRANSOPERATORIAS.<br>( HEMORRAGIA )<br>No CASOS | %           |
|---------|---|-------------|
| 0 - 3   | 2   | 16.66       |
| 4 - 7   | 5   | 41.66       |
| 8 - 11  | 5   | 41.66       |
| 12 - 15 | 0   |             |
| Total   | <hr/> 12 Casos  | <hr/> 100 % |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO VII

CORRELACION DEL DIAGNOSTICO  
PREOPERATORIO, TIEMPO QUIRUR-  
GICO Y COMPLICACIONES TRANS-  
OPERATORIAS.

| DIAGNOSTICO<br>PREOPERATORIO<br>( PROLAPSO ) | TIEMPO<br>QUIRURGICO<br>( HORAS ) | COMPLICACIONES<br>TRANSOPERATORIAS<br>( HEMORRAGIA )<br>No CASOS | %     |
|--|-----------------------------------|--|-------|
| I  | 2:35 - 3: 00                      | 2  | 16.66 |
| II   | 2:00 - 2: 30                      | 4  | 33.33 |
| III  | 1:30 - 1: 45                      | 2  | 16.66 |
| SIN PROLAPSO                                 | 2: 30                             | 4  | 33.33 |
|  | Total                             | 12 Casos   | 100 % |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO VIII

CORRELACION DEL DIAGNOSTICO  
PREOPERATORIO, COMPLICACIONES  
TRANSOPERATORIAS Y MORBILIDAD  
INMEDIATA.

| DIAG.<br>PREOP.<br>( PROLAPSO ) | COMPLIC.<br>TRANS.<br>( HEMORRAGIA )<br>No CASOS | %     | MORBIL.<br>INMEDIAT.<br>( SHOCK )<br>No CASOS | %     |
|---------------------------------|--|-------|---|-------|
| I                               | 2  | 16.66 | -   | -     |
| II                              | 4  | 33.33 | 1   | 8.33  |
| III                             | 2  | 16.66 | -   | -     |
| SIN PROLAPSO                    | 4  | 33.33 | -   | -     |
| <hr/>                           |  |       |   |       |
| Total                           | 12 Casos   | 100%  | 1   | 8.33% |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO IX  
CORRELACION DE LA EDAD  
CON LAS COMPLICACIONES  
TARDIAS,

| COMPLIC.                            | EDAD DE LAS PACIENTES<br>( AÑOS ) |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                     | 26-35                             | 36-45 | 46-55 | 56-65 | 66-75 | 76-85 |
| Absceso subdiaf.                    |                                   | 1     |       |       |       |       |
| Absceso cúpula                      |                                   | 2     | 4     | 1     |       |       |
| Hematoma cúpula                     |                                   | 2     |       |       |       |       |
| Dehiscencia de<br>cistouretroplast. |                                   | 1     | 1     |       |       |       |
| Granuloma cúpula                    |                                   |       | 1     | 1     |       |       |
| Colpitis                            |                                   |       |       | 1     |       |       |
| Retención urinaria                  |                                   |       |       | 1     |       |       |
| Urosepsis                           | 1                                 |       |       | 1     | 2     |       |
| Cistocele recid.                    |                                   |       | 1     | 1     |       |       |
| Nicturia                            |                                   |       | 1     |       |       |       |
| IUE                                 |                                   | 2     | 1     |       |       |       |
| <b>Total</b>                        |                                   |       |       |       |       |       |
| Casos                               | 1                                 | 8     | 9     | 5     | 2     | -     |
| 25 complica-<br>ciones              | 4%                                | 32%   | 36%   | 20%   | 8%    |       |
| 100%                                |                                   |       |       |       |       |       |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO X  
CORRELACION DE COMPLICACIONES  
TRANSOPERATORIAS Y COMPLICACIONES TARDIAS.

| COMPLIC.<br>TRANS.         | COMPLIC,<br>TARDIAS    | No CASOS | %         |
|----------------------------|------------------------|----------|-----------|
| 12 Casos<br>( HEMORRAGIA ) | NINGUNA                |          | -         |
| 0 Casos                    | ABSCESO SUBSO.         | 1        | 4         |
|                            | ABSCESO CUPULA         | 7        | 28        |
|                            | HEMATOMA CUPULA        | 2        | 8         |
|                            | CISTOURETRO.           | 2        | 8         |
|                            | GRANULOMA DE<br>CUPULA | 2        | 8         |
|                            | COLPITIS               | 1        | 4         |
|                            | RETENCION<br>URINARIA  | 1        | 4         |
|                            | UROSEPSIS              | 4        | 16        |
|                            | CISTOCELE REC.         | 1        | 4         |
|                            | NICTURIA               | 1        | 4         |
|                            | IUE                    | <u>3</u> | <u>12</u> |
|                            | Total                  | 25       | 100%      |

TIENE CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSION

Se estudió la morbilidad en cien pacientes intervenidas de histerectomía vaginal.

La edad promedio de las pacientes fué de 55 años, cifra que está de acuerdo con lo reportado en diferentes literaturas, <sup>1</sup> - <sup>2</sup> <sup>5</sup> ya que es la edad en la que se observa un mayor número de indicaciones. Es importante mencionar la paridad de las pacientes, -- por ser un factor constante relacionado con el grado de prolapso.

Aguirre, Delgado y Salinas <sup>1</sup> <sup>8</sup> <sup>20</sup> mencionan que la frecuencia de histerectomía vaginal, es mayor en pacientes con descenso II y asociada a miomatosis uterina; estando de acuerdo con los resultados del presente trabajo.

Es importante mencionar que la complicación transoperatoria fué únicamente la hemorragia, presentándose con mayor frecuencia en pacientes jóvenes de 26 a 45 años, disminuyendo tal complicación en mujeres menopáusicas.<sup>3</sup>

El tiempo quirúrgico fué determinante en la incidencia de complicaciones transoperatorias, ya que se observó un mayor sangrado en las cirugías que duraron entre 2 Hrs a 2.30 Hrs, ésto -- quiere decir que entre más dure una cirugía se expone a mayor sangrado; y además se expone más tiempo el campo operatorio, predis-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

poniendo a la paciente a la adquisición de cuadros infecciosos posteriores,

La única complicación inmediata observada en el grupo de pacientes motivo de éste trabajo fué el shock, que se observó en -- una paciente de 47 años, la cuál presentó hemorragia severa a partir de un pedículo ( 8.33 % ) de las complicaciones transoperato-- rias, lo cuál está de acuerdo con la cifra reportada por Prom Re -- yes. 17

Entre las complicaciones , tenemos que el absceso de cúpula ocupó el primer lugar ( 7 ptes ), le siguen en frecuencia la u-- rospsis ( 4 Ptes), y en tercer lugar la incontinencia urinaria de -- esfuerzo ( 3 ptes ).

Dewhurst <sup>9</sup> señala que la infección pélvica es común debido a que es difícil lograr la antisepsia del área perineal y de la vagina. Delgado y White <sup>8 23</sup> reportaron que el absceso de cúpula -- ocupó el primer lugar entre las complicaciones tardías entre un gru-- po de 300 pacientes, sometidas a histerectomía vaginal.

Salinas <sup>20</sup> en una revisión de 434 histerectomías vagina-- les, encontraron como complicación; 5 casos de prolapso de cúpula dos casos de enterocele y un caso de lesión uretral.

Genton <sup>10</sup> reporta que en las pacientes sometidas a opera-- ciones ginecológicas, se produce trombosis y venosa en el 15% ----

aproximadamente de los casos, con límites del 7 al 45% según el tipo de operación y los factores de peligro asociado. En nuestro trabajo no se presentó ninguna de éstas complicaciones.

La mortalidad por histerectomía vaginal reportada por diversos trabajos ( Salinas <sup>20</sup> White <sup>23</sup>), es baja del 0.67% al 0.69; en nuestra revisión no se presentó ninguna defunción.

En el presente trabajo se estudió el manejo preoperatorio observándose que sólo tres pacientes recibieron tratamiento, a dos pacientes se le indicó estrógenos por ser menopáusicas y a una con gentamicina por infección de vías urinarias. Stark reporta que el uso de estrógenos, no es indispensable para el manejo de relajación pélvica.

M.W. Glover <sup>13</sup> Mark <sup>14</sup> y Cecil <sup>22</sup> dan importancia al tratamiento profiláctico, reportando baja morbimortalidad en sus estudios con los diferentes tratamientos instituidos, lo cual se encuentra en desacuerdo con el manejo de nuestras pacientes, coincidiendo con la alta morbilidad observada en nuestro servicio.

### CONCLUSIONES

- 1.- La edad promedio de pacientes intervenidas de histerectomía vaginal en nuestro hospital, coincide con los reportados por la mayoría de los autores ( 55,5 años ).
- 2.- El mayor porcentaje de histerectomía vaginal se efectúa en pacientes con una paridad que podríamos considerar media ( Más de cuatro partos y menos de 7 partos ), ya que se encontró una menor incidencia de éste procedimiento quirúrgico, en pacientes de más de ocho partos y menos de quince. Lo que puede estar dado por la calidad de atención de los mismos.
- 3.- La miomatosis uterina fué la patología agregada que con mayor frecuencia se asoció a los prolapsos como diagnóstico preoperatorio.
- 4.- Es importante señalar la diversidad de criterios en cuanto a la clasificación de la distopia uterina, ya que en el análisis de los expedientes, se encontró la utilización, sinónima de prolapso y descenso.
- 5.- La hemorragia como complicación transoperatoria, se presentó con mayor frecuencia en mujeres jóvenes de 26 a 35 años de edad, lo que nos está demostrando que los niveles estrogénicos tienen papel importante en ésta complicación.

- 6.- La paridad como causa de sangrado transoperatorio tiene poca importancia, ya que fué menor en los dos extremos ( 0-3 y --- 12-15 ).
- 7.- Es importante señalar que todas las pacientes intervenidas -- quirúrgicamente por ésta vía ( 4 ), sin prolapso, se complicarón con hemorragia transoperatoria.
- 8.- Todas las pacientes con un tiempo quirúrgico mayor de 2 Hrs-- presentaron la complicación anterior.
- 9.- La morbilidad infecciosa tardía se presentó con mayor frecuenucia en la tercera y cuarta década de la vida.
- 10.- Ninguna paciente con complicación transoperatoria presentó -- morbilidad tardía.
- 11.- La morbilidad total en dos años y 100 pacientes intervenidas-- de histerectomía vaginal, fué en nuestro servicio del 25%. No hubo mortalidad.

ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGUIRRE F. DR. Indicaciones y criterio de la histerectomía vaginal. Ginecología y obstetricia, Mex. 25: 133, 1969,
- 2.- ALVAREZ BRAVO A. Tratamiento del prolapso uterino. Memoria -- IV congreso mexicano de ginecología y obstetricia. 1: 141, -- 1963.
- 3.- BARTER H.R. Perspectivas internacionales sobre histerectomía vaginal. Clínica de Obstetricia y Ginecología 4: 901,, 1982.
- 4.- BOTELLA ULUSTIA, CLAVERO NUÑEZ. Tratado de Ginecología enfermedades del aparato genital femenino Tomo III pag. 386 1978.
- 5.- BRAVO SANDOVAL J. Histerectomía vaginal en pacientes con prolapso uterino. Actualización en Ginecología y Obstetricia y Planificación Familiar I: 3, 1979.
- 6.- COPENHAVER E. Técnicas quirúrgicas modernas en la Clínica Lathay. Clinicas quirúrgicas de Norteamérica 2: 436-901, 1980.
- 7.- D ESOPPO AM Obst. Gynec. 82: 544, 1961.
- 8.- DELGADO O.J. Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Abdominal y Vaginal, Ginecología y Obstetrica Mex. 26: 183,1969
- 9.- DEWHURST JOHN SIR, Integrated Obstetrics and Gynaecology for - post Graduate. Prolapse and Stress Incontinence of urine. Black well Scientific publications, 36-631-653, 1981,
- 10.- GENTON MD. Tromboembolica venosa acompañando a la cirugía Ginecologica, Clínica obstetricia y Ginecología, Norteamérica, -- 1: 205, 1980.

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 11.- GUTIERREZ VALVERDE E. Trastornos de la estática pelvigenital-  
Ginecología y obstetricia, 2: 901, 1980,
- 12.- LAMAN A GRAY MD. Perspectivas internacionales sobre cirugía-  
vaginal. Clínica Obstétricas y Ginecológicas Vol 4 1980.
- 13.- M.W. GLOVER MD. The Effect of Prophylactic Ampicillin on Pel-  
vic infection, following vaginal Hysterctomy. American Journal  
of Obst and Gynecology 126: 385, 1976.
- 14.- MARK E. BOYD B.A.M M.D. The Value of prophylactic  
antibiotics after vaginal hysterctomy. American Journal of --  
Obst and gynecology , 125: 581, 1976.
- 15.- NETTER FRANK Anatomía normal del tracto genital femenino y-  
sus relaciones funcionales. Tomo II Sección Vi pag. 92-94.
- 16.- PROM REYES, M. MARTINEZ SANTOS, Histerectomía vaginal, Memo--  
rias del IV congreso Mexicano de Ginecología y obstetricia --  
1: 155.
- 17.- PROM REYES M. DR. Memoria del curso teórico: técnicas quirúr-  
gicas selectas en ginecología y obstetricia VIII congreso Me-  
xicano de ginecología y obstetricia pag. 210 1982.
- 18.- RIDLEY J.H. TE LINDE R. Cirugía ginecológica Interamericana,-  
Méx. pag. 39 1978.
- 19.- RIDLEY J.H. Prevención y tratamiento de las lesiones operato-  
rias de las vías urinarias. Clínica de obstetricia ginecolo--  
gía de Norteamérica. 4: 1284-85, 1981.
- 20.- SALINAS F.J. DR. Histerectomía vaginal, Revista médica del --  
Centro Médico Nacional Ginecología y obstetricia X aniversa-  
rio pag. 113.



- 21.- SAMIR N, H,J, MD, A simplified surgical technique for the treatment of the vault in vaginal hysterectomy AM,J, of Obstetrics and gynecology 133: 857, 1979,
- 22.- V CECIL WRIGHT MD, Use of topical triple antibiotic spray to reduce morbidity from pelvic infection after gynecologic operations, The Canadian Journal of Surgery 23: 366, 1980,
- 23.- WHITE S,C, ET AL. Complications and Hysterectomy obstet and -- gynecol 37: 533-34, 1971,

TELE CON  
FALLA DE ORIGEN