

11209 35  
91



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES Y DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**PATOLOGIA GINECOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N. SIGLO XXI  
DURANTE LOS AÑOS 1991 A 1996**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:  
CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA:**

**DR. MAURICIO HERNANDEZ BARONA**

**DIRIGIDA POR: DR. ROBERTO SUAREZ MORENO**  
CIRUJANO ADSCRITO

**DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDEZ**  
JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL

**DR. NIELS H. WACHER RODARTE**  
JEFE DE ENSEANZA E INVESTIGACION



MEXICO, D. F.

1997

**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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES Y DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**PATOLOGIA GINECOLOGICA  
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DEL C.M.N. SIGLO XXI DURANTE LOS AÑOS  
1991 A 1996**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO GENERAL  
PRESENTA  
DR. MAURICIO HERNANDEZ B.**

**DIRIGIDA POR : DR. ROBERTO SUAREZ MORENO  
CIRUJANO ADSCRITO  
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDEZ  
JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL**

**DR. NIELS H. WACHER RODARTE  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

## INDICE

<b>I. ANTECEDENTES</b> .....	<b>5</b>
<b>ANATOMIA</b> .....	<b>5</b>
<b>PATOLOGIA GINECOLOGICA</b> .....	<b>8</b>
<b>COMPLICACIONES</b> .....	<b>13</b>
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
<b>DIAGNOSTICOS EN LAS PACIENTES GINECOOBSTETRICAS</b> .....	<b>20</b>
<b>PATOLOGIA GINECOOBSTETRICAS MAS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE GASTROCIROUGIA H.E. C.M.N. SIGLO XXI</b> .....	<b>21</b>
<b>TABLA 2</b> .....	<b>22</b>
<b>CORRELACION DIAGNOSTICA PRE Y POST OPERATORIAS</b> .....	<b>22</b>
<b>EN PACIENTES GINECOOBSTETRICAS</b> .....	<b>22</b>
<b>COMPLICACIONES DE PACIENTES GINECOLOGICAS</b> .....	<b>23</b>
<b>MORTALIDAD EN PACIENTES GINECOLOGICAS COMPLICADAS</b> .....	<b>24</b>
<b>PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN PACIENTES GINECOOBSTETRICAS</b> .....	<b>25</b>
<b>EN EL SERVICIO DE GASTROCIROUGIA</b> .....	<b>25</b>
<b>V. DISCUSION</b> .....	<b>26</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>29</b>
<b>VIII. ANEXOS</b> .....	<b>33</b>

## **INTRODUCCION**

**En el servicio de gastrocirugía del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI se presentan pacientes de manera espontánea así como remitidos de otros hospitales con cuadros abdominales agudos de origen pélvico, que requieren tratamiento quirúrgico y que para su valoración se debe hacer diagnóstico diferencial con procesos pélvicos ginecológicos.**

**Por otro lado, los pacientes referidos de otros hospitales presentan en ocasiones complicaciones de procedimientos ginecológicos u obstétricos que finalmente requieren la participación del cirujano general.**

**Muchas veces pacientes con masas pélvicas, con tumores anexiales o de útero se tratan de manera electiva en nuestro servicio. Algunos por su gravedad y complejidad son manejados en conjunto con otras especialidades de tercer nivel.**

## **I. ANTECEDENTES**

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

Estos conocimientos comprenden los planos y espacios pélvicos, las íntimas relaciones entre los tractos urinario, reproductivo y gastrointestinal.

## **ANATOMIA**

### **Genitales externos (vulva)**

La vulva está limitada por la sínfisis del pubis adelante, el esfínter anal atrás y a los lados por las tuberosidades isquiáticas. Los labios mayores forman los límites cutáneos de la vulva a los lados y representan el homólogo del escroto del varón. Los labios mayores son pliegues adiposos recubiertos por piel con pelo anterior de la sínfisis del pubis, el monte de Venus; atrás, se reúnen en una estructura que se funde con el cuerpo perineal y se denomina comisura posterior.

Adyacentes y mediales a los labios mayores se encuentran los labios menores, la fusión anterior de los labios menores forma el prepucio del clítoris; atrás, se funden en la fosa navicular u horquilla posterior. El clítoris se encuentra arriba del meato uretral; es el homólogo del pene del varón.

Las glándulas de Skene están situadas en la parte externa abajo del meato uretral y en ocasiones alejan patógenos como *Neisseria gonorrhoeae*. En estas glándulas pueden presentarse quistes, abscesos y neoplasias.

### **Musculatura del piso pélvico**

El músculo elevador del ano forma el piso muscular de la pelvis, que incluye de la parte anterior a la posterior, en ambos lados, los músculos pubococcigeo, puborrectal, iliococcigeo y coccigeo. Los dos primeros contribuyen con fibras al cuerpo perineal fibromuscular. El hiato urogenital está limitado a los lados por los músculos pubococcigeos y adelante por la sínfisis

del pubis. A través de este defecto muscular pasan la uretra y la vagina, y es el punto focal para el estudio de trastornos del apoyo pélvico, como cistocele, rectocele y prolapso uterino.

Distal o caudal a los músculos elevadores del ano, o cabestrillo elevador, se encuentran los músculos superficiales que constituyen el diafragma urogenital, limitado por las tuberosidades isquiáticas abajo y a los lados y el arco del pubis en la parte superior.

Los componentes musculares más laterales del diafragma urogenital son paralelos y se insertan en la rama inferior de la sínfisis púbica, igual que los músculos bulbocavernosos, contienen tejido eréctil que se ingurgita durante la estimulación sexual.

Los músculos transversos del perineo surgen de la rama inferior de la sínfisis justo adelante de las espinas públicas, se insertan en la línea media en el cuerpo perineal y también proporcionan fibras musculares a esta estructura.

### **Genitales internos**

Centrales en la pelvis, el útero y el cuello uterino están suspendidos por los ligamentos de Mackenrodt, o cardinales fibrosos laterales que se insertan en la fascia paravesical en la línea media y en las paredes musculares externas de la pelvis a los lados. Por otras, los ligamentos uterosacros apoyan la vagina y el cuello en su trayecto desde el sacro a un lado del recto y se insertan en la fascia endopélvica o peracervical.

Las tropas de Falopio, bilaterales, surgen de los cuernos laterales superiores del útero y siguen en sentido posterolateral y anterior a los ovarios se ensanchan en el tercio distal, o ampolla. Los ovarios están unidos a los cuernos uterinos por los ligamentos ováricos, propios. Estas bandas fibrosas son análogas al gubernáculo testicular en el varón y continúan lateralmente desde el útero como ligamentos redondos. Estas estructuras salen de la pelvis a través del anillo inguinal interno y siguen por el conducto inguinal y el anillo externo hacia el tejido subcutáneo del monte de Venus. Se insertan en el tejido conjuntivo de los labios mayores. Los ovarios están suspendidos de igual forma de la pelvis lateral por sus pedículos vasculares, los ligamentos

infundibulopélvicos. El peritoneo que recubre los anexos (trompa, ligamento redondo y ovario) se denomina ligamento ancho. Los recessos peritoneales pélvicos situados adelante y atrás del útero se denominan fondos de saco anterior y posterior. El último también se llama bolsa o fondo de saco de Douglas.

Es importante identificar varios planos quirúrgicos avasculares, y en consecuencia importantes, que incluyen los espacios paravesical y pararrectal a los lados y, de la parte anterior a la posterior, el espacio retropúbico o prevesical de Retzius y los espacios vesicovaginal, rectovaginal y retrorrectal o presacro. El borde pélvico delimita la pelvis obstétrica, o verdadera, de la falsa que se encuentra dentro de las crestas ilíacas.

Los músculos de la pared lateral de la pelvis incluyen iliaco, psoas y obturador interno. Su irrigación proviene de las arterias ilíacas internas, excepto la sacra media que se origina en la bifurcación aórtica. Las arterias ilíacas internas, o hipogástricas, se dividen en ramas anterior y posterior. La última da las ramas lumbar y glútea y origina las arterias pudendas. De la división anterior de las hipogástricas provienen las arterias del obturador, uterina, y vesicales superior y media.

La inervación de la pelvis esta constituida por los nervios ciáticos, obturadores y crurales. Las fibras simpáticas viajan junto con las arterias mayores y las parasimpáticas forman los plexos pélvicos superior e inferior.

Los ureteres penetran en la pelvis al cruzar las arterias ilíacas primitivas distales lateralmente y a continuación siguen interiores a las arterias y unas ováricas hasta que cruzan bajo las arterias uterinas justo a los lados del cuello uterino, después de rodearlo, continuar hacia abajo y medialmente sobre la superficie anterior de la vagina antes de penetrar en la base de la vejiga. <sup>(1,2,3)</sup>



## **PATOLOGIA GINECOLOGICA**

### **A - Ruptura de quiste ovárico**

El crecimiento ovárico por la ovulación y hematomas del cuerpo amarillo produce masas fáciles de palpar y, en algunos casos, persiste varias emanas. Por definición, un crecimiento quístico del ovario debe tener cuando menos 2.5 cm de diámetro para que se considere un quiste. Son de tipo folicular o de Graaf. Semejan a simple vista cistomas verdaderos. Pueden romperse y causar irritación, peritoneal aguda, sufrir torsión e infarto del ovario o infarto de la trompa y el ovario, o regresar de manera espontánea. <sup>(1)</sup>

Los quistes del cuerpo amarillo crecen hasta 10 a 11 cm., pueden romperse y originar hemorragia grave y en ocasiones colapso vascular por la misma. <sup>(1,2,3)</sup>

El síndrome de ovario poliquístico es una anomalía estrógeno dependiente pobremente definida, debido a una sobreproducción de hormona luteínica. Este se caracteriza por infertilidad, amenorrea u oligomenorrea, obesidad e hirsutismo. <sup>(4-8)</sup>

### **B - Embarazo Ectópico**

Las hispánicas y las negras tienen un riesgo más alto que las caucásicas. En mujeres con embarazo ectópico es común un antecedente de salpingitis. Otros factores son la cirugía abdominal previa y el uso de DIU. Los síntomas principales son la hemorragia y el dolor. Siempre que se sospeche esta patología se debe realizar culdocentesis que es positiva en la mayoría de ellos (85%)

Muy importante es la amenorrea asociada a estos síntomas, y el diagnóstico se confirma con la determinación de la fracción Beta de la hormona gonadotropina coriónica. La positividad de esta prueba y el cuadro clínico confirman el diagnóstico. <sup>(7,8)</sup>

Una vez que se establece el diagnóstico de embarazo ectópico, se dispone de varias elecciones terapéuticas.

El laparoscopia ha sido un medio diagnóstico importante durante las últimas décadas pero sólo hasta fecha reciente se ha utilizado para tratamiento . Tal vez la técnica más sencilla es la salpingectomía parcial. Los embarazos ectópicos más grandes se tratan con salpingostomía total o salpingostomía lineal.

Cuando el cirujano elige la laparotomía, si la mujer desea embarazarse en el futuro debe hacerse todo lo posible por conservar una trompa funcional. Si no es factible una salpingostomía lineal, debe pensarse en reseca el segmento medio que de manera invariable acorta la trompa pero conserva las fimbrias, que permiten una reanastomosis ulterior.

La salpingectomía se reserva para enfermas que han satisfecho sus objetivos de reproducción, pacientes en que ha fracasado una salpingostomía o enfermas cuya trompa se ha destruido pos completo por el embarazo ectópico y que no puede salvarse. (1,2,3,9-11)

### **C - Tumores Uterinos**

Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más comunes de la pelvis en la mujer . Crecen durante la vida reproductiva y suelen involucionar después de la menopausia. Muchos son asintomáticos ; cuando producen síntomas causan dolor, hemorragia uterina anormal, infecundidad, obstrucción ureteral y síntomas de presión secundarios al útero crecido.

Los leiomiomas uterinos sufren diversas alteraciones degenerativas que incluyen calcificación, necrosis, en ocasiones con licuefacción, degeneración adiposa y, a veces, alteración sarcomatosa. La degeneración maligna ocurre en menos del 1% de todas las neoplasias. La localización mas común es intramural, pero también se encuentran subserosos submucosos, intracavitario, pedunculado y prolapsado. (1)

Las opciones terapéuticas pueden incluir miomectomía, histerectomía abdominal total o transvaginal (2,3)

Casi todas las miomectomias se practican por vía transabdominal la indicación más común para miomectomía abdominal es un mioma que causa

dolor, hemorragia o infecundidad en pacientes que aun desean embarazarse (12-14)

#### **D - Enfermedad inflamatoria pélvica**

Las enfermedades inflamatorias pélvicas se limitan en gran parte a mujeres con actividad sexual . Las enfermedades inflamatorias pélvicas se clasifican en agudas o crónicas. Los microorganismos que con mayor frecuencia producen el trastorno son *N gonorrhoeae* y *Chamydia*, pero se han relacionado varios otros gémenes . El diagnóstico se basa en los datos clínicos, y los clásicos incluyen fiebre, dolor en abdomen bajo con hipersensibilidad pélvica y exudado vaginal purulento. Sin embargo, en algunas, pacientes la sintomatología es mínima o no existe, en particular en una infección clamidial. Se debe realizar diagnóstico diferencial con apendicitis aguda, infección vías urinarias, embarazo ectópico, obstrucción o perforación gastrointestinal y cálculos urinarios. (15-17)

El tratamiento de primera instancia es médico, tratándose las pacientes como internas, según la gravedad de su afección. Quienes tienen pruebas de peritonitis, fiebre alta, o sospecha de un absceso tuboovárico deben hospitalizarse para observación y antibióticos endovenosos .

Las recomendaciones de los "Centers for Disease Control" incluyen una de las siguientes combinaciones terapéuticas para pacientes externas : cefotaxima, 2.0 g IM , con probenecid oral, o Ceftriaxona, 250 mg IM o una cefalosparina equivalente, aunada a doxiciclina, 100 mg por vía oral dos veces al día durante 10 a 14 días. Para pacientes internas el tratamiento incluye cefoxitina, 2.0 gr IV cada 6 horas, más una dosis de sostén de 1.5 mg/kg IV cada 8 horas . Este régimen se continua cuando menos durante 48 horas después que la paciente muestra mejoría clínica. Cuando la paciente sale del hospital se administran doxiciclina, 100 mg por vía oral 2 veces al día, hasta completar un total de 10 a 14 días de tratamiento .

Se requiere cirugía en los siguientes trastornos : a) rotura intraperitoneal de un absceso tuboovárico, b) persistencia de un absceso pélvico a pesar de la antibioticoterapia y c) dolor pélvico crónico.

En mujeres jóvenes que no han logrado sus objetivos de reproducción, en especial cuando existe una enfermedad unilateral; puede ser más apropiada la salpingooforectomía unilateral que una histerectomía total con extirpación de ambos ovarios y de las trompas de Falopio.

Las pacientes con un absceso tuboovárico roto deben explorarse con rapidez a través de una incisión grande en la línea media. Suele estar indicado efectuar histerectomía y ooforectomía. Antes de extirpar cualquier órgano pélvico, es necesario destruir las adherencias e identificar las estructuras normales, como uréteres e intestinos grueso y delgado.

Antes que fuera común una intervención quirúrgica por este problema, la mortalidad era casi de 100%; con una intervención quirúrgica inmediata y tratamiento médico intensivo hoy en día es menor de 5 por ciento. <sup>(18,19,20)</sup>

#### **E - Cáncer del cuello uterino**

Esta afección causa unos 15800 casos y 4800 muertos anuales en Estados Unidos. Los factores de riesgo incluyen múltiples compañeros sexuales, edad temprana del primer coito y primer embarazo temprano. Se ha identificado DNA relacionado con el del virus del papiloma humano en la displasia cervical y el carcinoma in situ, ambas lesiones precursoras, y también en cánceres invasores y metástasis en ganglios linfáticos. <sup>(21-23)</sup>

Georges Papanicolaou ideó el frotis citológico que lleva su nombre en 1943. Desde esa época los programas de selección han reducido de manera espectacular la frecuencia de cáncer cervical invasor en países en que se dispone con amplitud de esta prueba. <sup>(24,25)</sup>

Ochenta por ciento de los cánceres son de células escamosas y se originan en la unión escamocilíndrica del cuello. El objetivo de la selección de cáncer cervical es identificar y erradicar las lesiones intraepiteliales antes que ocurra una invasión. Los cánceres cervicales se diseminan de manera predominante por conductos linfáticos. Inicialmente el área paracervical o parametrial. Los siguientes que se afectan son los de la fosa del obturador, la cadena ilíaca interna y externa, la cadena ilíaca primitiva y los ganglios linfáticos paraórticos. Puede ocurrir extensión vaginal directa.

En enfermedad microinvasiva (IA) se realiza histerectomía simple u observación estricta después de la realización de cono biopsia. En la enfermedad invasiva (IB) o (IIA) se realiza histerectomía radical con disección linfática pélvica y radioterapia intracavitaria. En (IIB), (III o IVA) se realiza radioterapia pélvica y en IVB se da quimioterapia con o sin radioterapia pélvica. <sup>(26-29)</sup>

#### **F - Histerectomía**

Este procedimiento se inició hace 100 años como un intento quirúrgico para tratar la hemorragia e infección obstétrica que ponía en peligro la vida. En los últimos 20 años el problema séptico ha adquirido mayor importancia. La mortalidad publicada por dicha causa en la paciente ginecológica ha variado de 11 a 82%. Las pacientes que tienen mayor riesgo son las que tienen abortos infectados, abscesos tuboováricos e infecciones postoperatorias graves, las que ingieren inmunosupresores o mielosupresores. Los microorganismos que con mayor frecuencia se aíslan son : coliformes, Klebsiella, Enterobacter, Proteus y Serratia. Algunos anaerobios Gram negativos como bacteroides, a veces causan muchos casos de choque séptico.

Las indicaciones de urgencias incluyen hemorragias obstétricas severas ; ruptura uterina ; atonía uterina resistente ; placenta previa y la sepsis pélvica. Otras indicaciones electivas son leiomiomas múltiples o degeneración uterina ; neoplasias intraepiteliales cervicales ; tumores ováricos y otros padecimientos que requieren extirpación bilateral de anexos.

Entre sus complicaciones tenemos : hemorragia postoperatoria ; lesiones del tracto urinario ; sepsis ; coagulopatías ; hematomas e infección de la herida quirúrgica ; fistulas del tracto urinario e intestinales.

La mortalidad informada es de 0.73% y la morbilidad de 15.3%.

#### **G - Historia y Desarrollo de la cesárea**

Probablemente la cirugía que más frecuentemente realiza el ginecólogo ; en todos los hospitales se realizan cesáreas, y pocos conocen los aspectos

históricos y sus complicaciones. Tradicionalmente ha sido llamada "sección cesárea", "parto cesáreo" e "histerotomotoquia".

La definición original ocurrió en 1790, por el obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque (1746 - 1810) "operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño diferente a la natural". Hoy se define a la cesárea en general como una laparotomía (apertura de la cavidad abdominal a través de una incisión anterior), más histerotomía (incisión del útero para extraer al feto). Ambas definiciones presuponen que el feto está contenido en el útero. <sup>(30)</sup>

Informes recientes señalan una tasa total de cesáreas de casi 20% en Estados Unidos. Aproximadamente un obstetra atiende 160 nacimientos al año, de los que 32 - 35 son cesáreas. Junto con el aumento de la proporción de cesáreas hay un incremento paralelo de las complicaciones transoperatorias. <sup>(31)</sup> Hibbard informa que en un periodo que duró 90 años y culminó en 1789 ninguna madre sobrevivió en París a una cesárea. En Gran Bretaña la mortalidad materna por cesárea fue de 85% en 1865 y actualmente la mortalidad es de 5.8 por 100,000 cesáreas hasta 1985. En el Parkland Memorial Hospital hasta 1974 informa una mortalidad de 2 por 1,000 (0.2%). La universidad de Cleveland informa una mortalidad de 25.4% para partos pélvicos y de 2.6% para partos eutócicos. <sup>(2,33)</sup>

## **COMPLICACIONES**

Las complicaciones globalmente se informan de 11.6% con 18.9% en intervenciones de urgencia y 4.2% en cirugía electiva. <sup>(32)</sup>

La morbilidad comprende la hemorragia, las lesiones del aparato urinario y digestivo. <sup>(32)</sup>

Tratando de listar las complicaciones encontradas en la literatura encontramos :

### **AL INICIO DE LA CIRUGIA**

- Lesión intestinal por adherencias

## **DURANTE LA CIRUGIA O DESPUES DE ESTA**

- Lesión de vías urinarias
- Incisiones uterinas y lesiones del feto
- Hemorragia
- Sepsis
- Infección dehiscencia y evisceración
- Coagulopatías

La lesión intestinal es rara y normalmente existe algún factor predisponente como las adherencias por cirugía o enfermedad inflamatoria pélvica. <sup>(32)</sup>

Actualmente el tipo de incisión más usado para la histerotomía es la transversa baja, las ventajas que ofrece son : Menor pérdida sanguínea, mayor facilidad de cierre y menor posibilidad de ruptura en un embarazo subsiguiente. Las incisiones más pequeñas tienden a extenderse hacia los parametrios, provocando sangrado importante ; la tercera parte de las muertes maternas son causadas por hemorragias y la atonía uterina es la causa más frecuente seguida de la extensión de la incisión hacia los parametrios. <sup>(32)</sup> Las lesiones fetales pocas veces son manejadas por el cirujano general.

En conclusión las complicaciones mayores incluyen : hemorragia, la más frecuente e importante, seguida de lesión de vías urinarias, y los problemas sépticos, que aunque raros, potencialmente fatales al igual que las cuagulopatías.

Dentro de las complicaciones menores las relativas a la herida quirúrgica, dificultad en la extracción del feto o lesión del mismo. La frecuencia de complicaciones mayores en situaciones urgentes es de 20.8 % y por cirugía electiva del 2.9%. <sup>(32)</sup>

## **II : OBJETIVOS**

- a) Determinar el número de patologías ginecológicas que se presentaron en el servicio de gastrocirugía durante los años de 1991 a 1996.**
- b) Determinar el tipo de cirugía ginecológica que más frecuentemente se realiza en nuestro servicio.**
- c) Determinar la morbilidad de cirugía Gineco-obstétrica en un servicio de Cirugía general.**
- d) Determinar la mortalidad observada y sus causas.**



### **III . MATERIAL Y METODOS**

**1.- Diseño Del estudio :**

**Retrospectivo y observacional.**

**2.- Universo de trabajo**

**Se incluyeron en el estudio pacientes atendido en el servicio de gastrocirugía del HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, a partir de enero de 1991 a diciembre de 1996, con diagnóstico de patologías ginecológicas o con complicaciones de cirugía obstétrica.**

**3.-Descripción de las variables :**

**A) Según la metodología**

**- Independientes :**

**Número de pacientes operados en el servicio de gastrocirugía con patologías ginecológicas o complicaciones obstétricas durante los años de 1991 a 1996**

**- Dependientes**

**Patologías ginecológicas más frecuentes encontradas en el servicio de gastrocirugía durante los años de 1991 a 1996.**

**B) Descripción operativa**

**Se analizaron los siguientes parámetros : pacientes de origen obstétrico o ginecológico ; edad ; diagnóstico de las pacientes ; intervenciones en forma primaria en el servicio ; reintervenciones ; correlación de diagnósticos pre y postoperatorios ; complicaciones ; mortalidad y causas.**

**4.-Selección de la muestra :**

**a) Tamaño de la muestra :**

**Se revisaron 55 pacientes con patología ginecológica o con complicaciones obstétricas que se presentaron en el servicio de gastrocirugía.**

**b) Criterios de selección :**

**-Inclusión :**

**Todos los pacientes operados en el servicio de gastrocirugía por patología ginecológicas y los referidos con complicaciones de las mismas a este servicio durante el periodo comprendido entre enero de 1991 y diciembre de 1996.**

**- No inclusión :**

**Pacientes que se operaron por patología ginecológica durante los años de 1991 a 1996 pero que no se cuentan con expediente clínico.**

**- Exclusión :**

**Ninguno**

**5.-Procedimientos :**

**Se revisaron hojas de alta colectadas en el servicio y se recolectaron expedientes para completar datos que faltaron en los primeros. Esto fue revisado por este autor.**

**Por cada paciente se lleno una hoja de recolección de datos (ANEXO 1), en donde se consignó nombre ; edad ; sexo ; filiación ; antecedentes patológicos ; ingesta de medicamentos ; diagnóstico pre y postoperatorio ; cirugía realizada ; complicaciones ; reintervenciones ; defunciones y resultado de patología en caso de haberlo.**

#### **IV. RESULTADOS**

Se registraron cincuenta y cinco pacientes, que reunieron las características de selección. De las pacientes atendidas, 17 fueron de origen obstétrico y 35 de origen ginecológico.

La edad promedio de las pacientes ginecológicas fue de 38.8 años (la mayor de 78 años y la menor de 16 años).

32 pacientes ginecológicas se atendieron de forma primaria en nuestro servicio, y 6 fuera de la unidad, las cuales fueron enviadas al servicio por complicaciones.

La patología ginecológica más frecuente fue el quiste ovárico hemorrágico roto, correspondiendo a 12 casos (21.8%) . Seguida por quistes ováricos con 6 casos (10.9%) y la miomatosis uterina con 6 casos ( 10.9%). (Tabla 1 ) (Gráfica 1).

Correlacionamos los diagnósticos pre y postoperatorios encontrando que : En 18 pacientes (47.3%) los diagnósticos fueron los mismos. Y en 20 pacientes (52.6%) no lo fueron. En estos últimos se consideró el diagnóstico preoperatorio como patologías del aparato gastrointestinal, encontrando padecimientos ginecológicos. (Tabla 2).

La cirugía ginecológica más frecuentemente realizada en nuestro servicio fue la salpingo ooforectomía, seguido de la ooforoplastia e histerectomía.

Se presentaron complicaciones en 7 de las pacientes ginecológicas, siendo estas : oclusión intestinal en 2 pacientes ; insuficiencia renal aguda en 2 pacientes ; hematomas postoperatorios en 2 pacientes ; y encefalopatía anoxo-isquémica en 1 paciente . (Tabla 3) Fallecieron 5 de éstas pacientes (71.4%), las causas fueron insuficiencia renal aguda, encefalopatía anoxo-isquémica, insuficiencia hepática, falla orgánica múltiple y choque hipovolémico . (Gráfica 2).

**En lo respectivo a los pacientes obstétricas el promedio de edad fue de 27.5 años. La mayor de 45 años y la menor de 16 años.**

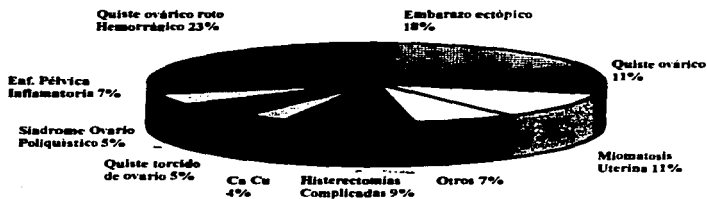
**El procedimiento quirúrgico que más se realizó fue la salpingectomía en 9 casos. De los 17 casos obstétricos hubo 3 pacientes complicadas : 1 presentó desequilibrio hidroelectrolítico y choque séptico, falleciendo posteriormente. La otra complicación fue insuficiencia hepática y renal respectivamente. (Tabla 2).**

**De los 55 casos ginecoobstétricos que se presentaron en el servicio hubo una mortalidad de 6 pacientes ( 10.9%) (Grafico 3)**

**TABLA 1****DIAGNOSTICOS EN LAS PACIENTES GINECOOBSTETRICAS**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>No. DE CASOS</b>
Quiste hemorrágico roto	12
Embarazo Ectópico	10
Quiste ovárico	6
Miomatosis uterina	6
Histerectomías complicadas	5
Enfermedad pélvica inflamatoria	4
Torsión de anexos	3
Ovarios poliquísticos	3
Carcinoma uterino	2
Absceso pélvico	1
Tumor de ovario	1
Hígado graso del embarazo	1
Complicaciones por L.U.I.	1
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>

## PATOLOGIA GINECOBISTERICAS MAS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA H.E. C.M.N. SIGLO XXI



Gráfica 1

**TABLA 2****CORRELACION DIAGNOSTICA PRE Y POST OPERATORIAS  
EN PACIENTES GINECOOBSTETRICAS**

<b>PREOPERATORIOS</b>	<b>DIAGNOSTICO POSTOPERATORIOS</b>
12 Apendicitis	9 Quistes hemorrágicos rotos 1 Torsión de anexos 1 Mioma uterino 1 Quiste ovárico no roto
2 Abdomen Agudo	1 Quiste hemorrágico roto 1 Piosalpinx
1 Tumor de ovario	1 Miomatosis uterina
1 Isquemia mesentérica	1 Quiste ovárico abscedado
1 Sepsis abdominal	1 Quiste ovárico roto
1 Tumor Abdominal	1 Mioma uterino
2 Quistes ováricos rotos	1 Ovario poliquístico 1 Hematoma retroperitoneal
<b>TOTAL 20</b>	<b>20</b>

**TABLA 3****COMPLICACIONES DE PACIENTES GINECOLOGICAS**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>PACIENTES</b>
<b>OCLUSION INTESITINAL</b>	<b>2</b>
<b>INSUFICIENCIA RENAL AGUDA</b>	<b>2</b>
<b>HEMATOMAS POSTOPERATORIOS</b>	<b>2</b>
<b>ENCEFALOPATIA</b>	<b>1</b>
<b>ANOXOISQUEMICA</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>



## MORTALIDAD EN PACIENTES GINECOLOGICAS COMPLICADAS

2 Pacientes Vivos 29%



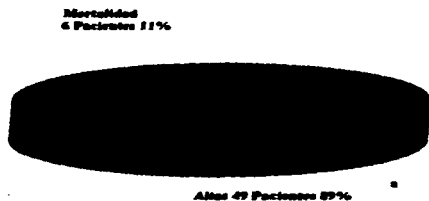
Muerto 5  
Pacientes 71%

ciertas

GRAFICA 2

TOTAL : 7 PACIENTES

**PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN PACIENTES GINECOOBSTETRICAS  
EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA.**



**GRAFICO 3**

**TOTAL : 55 CASOS**

## V. DISCUSION

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

Debemos tomar en cuenta dos situaciones : primero, que el cirujano general rara vez maneja cirugía ginecoobétrica, por lo que el número de pacientes que se revisó es reducido comparado con las series que se informan en la literatura. Segundo, que se trataron pacientes complicadas enviadas secundariamente a nuestro servicio. Las complicaciones mas frecuentes en nuestro servicio fueron la oclusión intestinal ; insuficiencia renal y respiratoria ; choque séptico y hemorragia.<sup>(33,34)</sup>

En la literatura se reporta la lesión de vias urinarias como la complicación más frecuente<sup>(32)</sup>, sin embargo en esta revisión no la observamos en los pacientes ginocoobétricas.

Las enfermas ginecológicas estan expuestas al riesgo particular de choque séptico, incluyen las que tienen abortos infectados, abscesos tubováricos, y las que ingieren inmunosupresores o mielosupresores.

En los últimos 20 años el problema séptico ha adquirido mayor importancia, porque ha existido un incremento de 10 veces la sepsis por gram negativos en personas hospitalizadas. En la literatura se considera como la primera causa de muerte la sépsis (14%), pero en este estudio se observo esta patología en una sola paciente de las 6 que murieron (16%)<sup>(33,34,35)</sup>. La segunda causa de muerte en la literatura es la falla orgánica múltiple . Considero que el cirujano general debe encontrarse capacitado para atender a este tipo de pacientes ya que la falla orgánica múltiple fue una de las causas que produjo la muerte de las seis pacientes de esta-revisión.<sup>(33,34,35)</sup>

Los factores más importantes que influyeron en el pronóstico son : diagnóstico oportuno ; vigilancia cuidadosa ; erradicación rápida del foco séptico y tratamiento adecuado con antibioticoterapia y medidas de sostén.

**(<sup>33,34,35</sup>). Las defunciones se observaron en mayor número en el grupo de pacientes ginecológicas y sólo una en el grupo de pacientes obstétricas.**

**La certeza diagnóstica fue de 52.6% en pacientes ginecológicas, existiendo discrepancia en cuanto al diagnóstico pre y postoperatorio. La apendicitis aguda fue el diagnóstico preoperatorio presuntivo más confundido con los padecimientos ginecológicos.**

**En el diagnóstico diferencial de trastornos quirúrgicos agudos se debe tener en cuenta que cualquier paciente con dolor abdominal persistente por más de 6 horas debe considerarse un problema quirúrgico. El retraso indebido en el diagnóstico y tratamiento afecta de manera adversa el resultado final. (<sup>36</sup>)**

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

## **VI. CONCLUSIONES**

- a) Existe un número ilimitado de casos ginecoobstétricos que atiende el cirujano general, por lo que debe conocer los métodos para resolver estas enfermedades.**
- b) La salpingooforectomía es el procedimiento quirúrgico que se realiza más frecuentemente en el grupo de pacientes ginecoobstétricos en el servicio de gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.**
- c) Los quistes ováricos hemorrágicos rotos fue la patología más frecuente encontrada en nuestro universo de pacientes.**
- d) La mortalidad se presentó en mayor número en pacientes ginecológicas .**
- e) El cirujano general debe considerar en su valoración preoperatoria más frecuentemente la patología pélvica del aparato reproductor femenino cuando se enfrenta a este grupo poblacional.**

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

**VII . BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Schawrz G. T Shires, y F.C Spencer : *Principios de Cirugia* 1994. Mcgraw - Hill
- 2.- Herbst AJ, Druegmueller W, : *Comprehensive Ginecology*, 2a de. St louis CV. Mosby 1991.
- 3.- Mattingly t : *Anatomía de la pelvis femenina*  
Te Linde, *Ginecología operatoria*, 6a de. Edit. Ateneo, Argentina, 1990 : 26-48.
- 4.- Garcea N, Russetti - D ; *Surgical Treatment of ovarian cysts : economic analysis as a means for the evaluation of alternative technics. Results of a bionnal study.* Minerva - Ginecol. 1996 mar : 48(3) : 77 - 83
- 5.- Kaval Kov VF : Zalogin - KA, . *Surgical pathology of the adnexa uteri in girls.* Vestn - khir - mi - I - I - Grek. 1992 NOV - DEC : 149 (11 - 12) : 354-9.
- 6.- Udoff - L, Adashi - EY, *Polycystic Ovarian disense : a new look at an old subject.* Curr - Opin - Obstet - Gynecol . 1995 Oct, 7(5) 340 - 3
- 7.- Balen AH , Conway - GS ; . *Polycystic Ovary Syndrome the spectrum of the disorder in 1741 patients.* Hum - Reprod 1995 aug. 10 (8) : 2107 - 11
- 8.- Katulski - K Warenik - Szymankiewicz - A; *Molecular basis of polycystic ovarian syndrome.* Ginekol - Pol. 1995 oct : 66 (10) : 561 - 8
- 9.- *Current trends in the treatment of ectopic pregnancy.* Clin - Exp - Obstet - Gynecol. 1995 ;22 (3) : 198 - 201.
- 10.- EL FARRA - K, Grudzinskas- JG ; *Ectopic pregnancy : what's new ?*  
*Ultrasound - Obstet - Gynecol . 1995- may ; 5(5) : 295 -6*

- 11.- **Buster - JE ; Carson - SA ; Ectopic pregnancy : new advances in diagnosis and treatment. Curr - Opin - Obstet - Gynecol. 1995 Jun ; 7(3) : 168 - 76**
- 12.- **Acien - P ; Quereda -F . Abdominal myomectomy : results of a simple operative technique. Fertil - Steril. 1996 Jan ; 65 (1) : 41 - 51.**
- 13.-**Hillis - SD, Marchbanks - PA; Peterson - HB; Uterine size and risk of complications among women undergoing abdominal hysterectomy for leiomyomas. Obstet- Gynecol. 1996 Apr; 87 (4) : 539 - 43**
- 14.-**Corson SL, Sedlace TV ; Hoffman JJ; Greenhills Surgical Gynecology. Chicago, Yearbook Medical. Publishers, 1986.**
- 15.-**Augenbraun - MH, McCormack - WH ; Pelvic inflammatory disease : an ongoing epidemic. Hosp - Pract - off. Ed. 1995 Sep 15 ; 30 (9) : 61-6.**
- 16.-**Soper -DE , Pelvic Inflammatory disease. Infect- Dis - Clin - NORTH - AM . 1994 Dec; 8(4) : 821 - 40.**
- 17.-**Jossens - Mo, Schachter - J ; Sweet - RL Risk factors associated with pelvic inflammatory disease of differing microbial etiologies. Ostet - Gynecol. 1994 Jun ; 83 (6) : 989 - 97.**
- 18.-**Newkirk - GR , Pelvic Inflammatory disease :a contemporary approach. Am - Fam - Physician. 1996 Mar ; 53 (4) : 1127 - 35.**
- 19.-**Kottman - LM, Pelvic inflammatory disease : clinical overview. J - Obstet- Gynecol - Neonatal- Nurs. 1995 Oct; 24 (8) : 759 - 67.**
- 20.-**Padian - NS , Washintong - AE : Pelvic inflammatory disease, A brief overview. ANN - Epidemiol. 1994 Mar ; 4 (2) : 128 - 32.**
- 21.-**Christopherson NM, Parker JE. Relation of cervical cancer to early marriage and childbearing. N Engl J Med. 1965 ; 273 : 235 - 9.**
- 22.-**Crum CP , Levine RU. Human papillomavirus infection and cervical neoplasia : new perspectives. Int J Gynecol Pathol 1984 ; 3 : 376 - 88.**

- 23.-Kjaer - sk , Van den- Brule - AJ ; et al . Human papillomavirus the most significant risk determinant of cervical intraepithelial neoplasia. *Int - J - Cancer*. 1996 Mar 1; 65 (5): 601 - 6
- 24.-Benedet JL , Anderson GH; Maticic JP. A Comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992 ; 166 : 1254 - 9.
- 25.-Koss LG,° The papanicolaou test for cervical cancer detection : a triumph and a tragedy. *JAMA* 1989; 261 : 737 - 43.
- 26.-Coppleson M (ed) : *Gynecologic Oncology* , 2d ed. New York, Churchill Livingstone, 1992.
- 27.-Gusberg SB, Shingleton HM, Deppe 6 (eds): *Female Genital Cancer*. New York , Churchill Livingstone, 1988.
- 28.-Shingleton HM, Orr JM (eds) : *Cancer of the cervix : Diagnosis and treatment*. New York, Churchill Livingstone, 1987.
- 29.-Cannistra SA, Niloff JM ; *Cancer of the uterine Cervix*. *N - Engl - J - Med*. 1996 Apr 18 ; 334 (16) 1030-8.
- 30.-Harvey A. Mohammed B : *Historia y desarrollo de la cesárea*. *Ginecol y Obst Tem Act* 1988 ; 4 : 591 - 601.
- 31.-Stedman Ch, Kline R : *Complicaciones transoperatorias y de acción inesperada de enfermedades durante la cesárea*. *Ginecol y Obst Act* 1988; 4 : 739 - 61.
- 32.-Robert R : *Complicaciones de la cesárea* . *Ginecol y Obst Tem Act* 1988 ; 4 : 671 - 81.
- 33.-Cavanagh D, Rao P, Roberts W : *Choque Séptico en la enferma ginecológica*. *Clin Obstet Gynecol* 1985 ;2 :447-57.



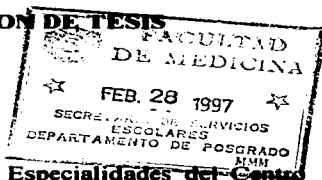
- 34.-Dylewski ; J, Wiesenfeld H, Latour A : Postpartum uterine infection with clostridium perfringes. Rev Infect Dis 1989 May - Jun ; 11(3) : 470 - 73.
- 35.-Darney, Sweet : Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion – reduces incidence of uterine perforation. J Utrasound Med 1989 Feb ; 8(2) : 71 - 5.
- 36.-Boey J, Dunphy E : Abdomen agudo. En ; Wqy L, Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 5a - de, México ; Edit El Manual Moderno, 1987. 376 - 86.

## VIII. ANEXOS

### PATOLOGIA GINECOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
AFILIACION \_\_\_\_\_  
CIRUGIAS PREVIAS \_\_\_\_\_  
DM \_\_\_\_\_  
HTA \_\_\_\_\_  
NEFROPATIA \_\_\_\_\_  
ESTEROIDES \_\_\_\_\_  
TRANSFUSIONES \_\_\_\_\_  
OTROS \_\_\_\_\_  
G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_  
ENVIADA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_  
HG \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ DIFERENCIAL \_\_\_\_\_  
GLUCOSA \_\_\_\_\_ UREA \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_ B.DIR \_\_\_\_\_ B.IND \_\_\_\_\_ TGO \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TPT \_\_\_\_\_  
GABINETE \_\_\_\_\_  
DX DE INGRESO \_\_\_\_\_  
DX DE EGRESO \_\_\_\_\_  
DX PREOPERATORIO \_\_\_\_\_  
CIRUGIA \_\_\_\_\_  
COMPLICACIONES SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_  
MUERTE SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_  
REPORTE PATOLOGIA \_\_\_\_\_

**FIRMAS DE ACEPTACION DE TESIS**



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

**DR. NIELS H. WACHER RODARTE.**

**Jefatura del Servicio de Cirugía General**

**DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.**

**Asesor de Tesis**

**DR. ROBERTO SUAREZ MORENO.**

