

46  
11217 24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

CORRELACION DIAGNOSTICA CLINICA,  
ULTRASONOGRAFICA Y PATOLOGICA, EN  
PACIENTES CON HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DECENTRALIZADO

T E S I S

QUE PRESENTA:

DR. RUBEN LESPARZA MORA

PARA OBTENER EL TITULO DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DIRECCION DE ENSEÑANZA



MEXICO, D. F.

1998.

263516

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

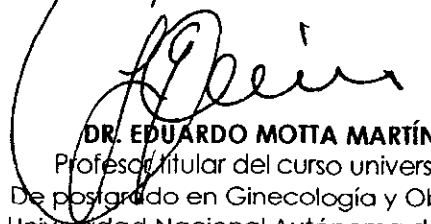
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

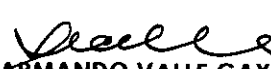
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

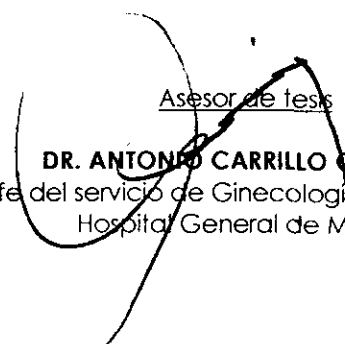
**CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA Y  
PATOLÓGICA, EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.**

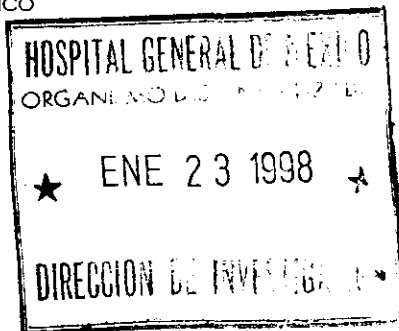
  
**DR. ANTONIO CARRILLO GAMNDO**  
Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia  
Hospital General de México

  
**DR. EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ**  
Profesor titular del curso universitario  
De posgrado en Ginecología y Obstetricia  
Universidad Nacional Autónoma de México

  
**DR. ARMANDO VALLE GAY**  
Jefe de enseñanza e investigación científica  
Del servicio de Ginecología y obstetricia  
Hospital General de México

Asesor de tesis

  
**DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO**  
Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia  
Hospital General de México



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI MADRE:**

Por brindarme su inmenso cariño, apoyo y paciencia; y por todas esas noches de desvelo a mi lado.

### **A MI PADRE:**

Por su gran cariño, ayuda e interés en mi desempeño académico y personal.

### **A MIS HERMANOS:**

Adriana, José Alberto, Pedro, Claudia, Ricardo, José Luis y Fernando. Por confiar en mí y brindarme su amor y cariño apoyándome incondicionalmente.

### **A MIS FAMILIARES:**

Julio Ramos, Angélica Lima, Jesser Nuñez, David Ramos, Alan Esparza, y Daniela Nuñez. Por permitirme compartir a su lado la alegría de la vida.

### **AL PROFESOR JORGE ALBERTO CALDERÓN Y.:**

Por su grandeza como ser humano, por su amistad, enseñanza, paciencia y por su valiosa ayuda para la realización de mi especialidad.

A LA DRA. MARTHA PATRICIA VARGAS:

Por brindarme su amistad incondicional, su cariño y enseñanza a lo largo de la residencia; y por todos esos momentos que pasamos juntos.

A MIS AMIGOS:

Nancy García, Sandra Rodríguez, Bety Duran, familia Calderón, familia Alonso, Bety Charles, Lidia Santana, Bernardo Fernández, Serafín Romero, Conie Carrillo y Charo Durón. Por su valiosa amistad y su interés en la culminación de mi especialidad.

A MI ESTIMADA GUARDIA:

Claudia Villarreal, Paty Vargas, Francisco Armada, Paty Hernández, Fernando González y Erika Gutiérrez. Por compartir momentos tan importantes en mi vida.

AL DR. Y DRA. DE ANDA:

Por su amistad y apoyo en la realización de mi tesis.

A LOS DRES. DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO:

Por su enseñanza y apoyo en mi formación académica.

**UN AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL A LOS DRES. ANTONIO  
CARRILLO GALINDO, EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ Y ARMANDO  
VALLE GAY:**

Por brindarme la oportunidad de realizar mi especialidad en el Hospital General de México, por sus enseñanzas, y por su apoyo para finalizar mi tesis.

## Í N D I C E

RESÚMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	19
ANEXOS.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	28

## RESUMEN

La Histerectomía total abdominal es actualmente la cirugía ginecológica más frecuentemente realizada.

Existen múltiples factores de riesgo, los cuales se han tomado como condicionantes pero no determinantes para la realización de una histerectomía abdominal; entre los más frecuentes se encuentran: nivel socioeconómico, peso, edad, paridad y factores psicológicos.

Hay que tomar en cuenta que existen indicaciones absolutas y relativas para la realización de una histerectomía.

Entre las indicaciones absolutas se encuentran las patologías benignas (miomatosis, adenomiosis, hemorragia uterina disfuncional, endometriosis) y las malignas (neoplasia intraepitelial cervical, hiperplasia y carcinoma endometrial).

En el presente estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, se analizaron 501 pacientes de nivel socioeconómico bajo, con un promedio de 42.2 años y 3.3 gestas; que ingresaron a la unidad de ginecología del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital General de México, en el periodo comprendido entre el 1° de enero de 1995 al 31 de junio de 1997, con los diagnósticos clínicos de: miomatosis uterina en 417 pacientes (83.25%), miomatosis con adenomiosis en 49 pacientes (9.8%), adenomiosis en 28 pacientes (5.5%), hiperplasia endometrial en 4 pacientes (0.9%), endometriosis en 2 pacientes (0.4%), y CaCu en 1 paciente (0.2%).

Todas las cirugías fueron electivas y programadas con estudios preoperatorios para la realización de histerectomía abdominal.

Los estudios ultrasonográficos reportaron: miomatosis uterina en 455 pacientes (90.8%), hiperplasia endometrial en 19 pacientes (3.8%), sin alteraciones en 12 pacientes (2.4%), y 12 pacientes (3%)



no contaban con ultrasonido.

El estudio histopatológico reportó como diagnóstico definitivo: leiomiomatosis en 304 pacientes (60.8%), adenomiosis en 80 pacientes (15.9%), leiomiomatosis con adenomiosis en 71 pacientes (14.2%), hiperplasia endometrial en 24 pacientes (4.8%), endometriosis en 4 pacientes (0.7%) y úteros normales en 18 pacientes (3.6%).

Las principales complicaciones fueron: 6 pacientes con infección de herida quirúrgica, 15 pacientes con lesión vesical, 5 pacientes con fistula vesicovaginal, 3 pacientes con lesión de uretero y 4 pacientes con lesión de intestino.

Se obtuvo de acuerdo a los diagnósticos clínicos, ultrasonográficos y patológicos, un porcentaje de certeza del 94.4% y un error del 3.6%.

Hay que mencionar que existen indicaciones precisas para la realización de una histerectomía abdominal y todo intento de desviarlas conllevará al fracaso.

## **INTRODUCCIÓN**

### **ANTECEDENTES:**

La historia de la histerectomía ha sido reseñada por diversos autores entre ellos, Leonardo, Mathieu y Cianfrani. Si bien no se produjeron avances significativos en la técnica de la histerectomía hasta el siglo XIX, se han documentado intentos quirúrgicos previos. En 1825 Langenbeck intentó por primera vez extirpar el útero a través de una incisión abdominal. Ésta operación fue realizada por un cáncer cervical avanzado.

La primera histerectomía abdominal planificada para la extirpación de leiomiomas uterinos fue realizada en 1846 por Jonh Bellinger, de Charleston Carolina del Sur. (1)

Se atribuye a Walter Burham, la primera histerectomía abdominal exitosa para la extirpación de leiomiomas en 1853. Durante las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía comenzó a ser utilizada con mayor frecuencia en el tratamiento de las enfermedades y los síntomas ginecológicos. Durante este período la ginecología comenzó a adquirir mayor importancia como especialidad médica. (1, 2)

En 1943, Alvarez Bravo ideó seccionar los parametrios por debajo de la fascia uterina. Sabemos que la fascia endopélvica situada por encima de los músculos y elevadores del ano, están formados por tejido areolar que se condensa alrededor del cérvix en los ligamentos pubovesicouterinos transversales del Mackenrodt y úterosacros. Como dependencia de esta fascia endopélvica, sin solución de continuidad, se forman las fascias periuterinas, perirrectal y perivesical. Los ligamentos pubovesicouterinos y úterosacros no terminan en el útero, sino en el Mackenrodt, en realidad son pubovesico-Mackenrodt y sacro-Mackenrodt, hecho cuya importancia radica en poder extirpar el útero cortando sólo los ligamentos de Mackenrodt, de esta manera conservamos

unida toda la estructura ligamentosa de la pelvis. (2)

Los únicos términos adecuados para calificar el vocablo "histerectomía" son total o subtotal y abdominal o vaginal.

La mortalidad en la histerectomía abdominal es de aproximadamente del 0.1 al 0.2%.

El Dr. Alfonso Alvarez Bravo estudió un grupo de 87 pacientes con realización de histerectomía abdominal, en las cuales encontró una edad promedio de 40 años, obteniendo como causa principal de indicación quirúrgica la leiomiomatosis uterina con 62 casos. La morbilidad fue del 22.9% expresada como complicaciones postoperatorias, ocupando el primer lugar los procesos infecciosos (8%). (3)

Estudios realizados por la asociación de planeación de Oxford muestran la relación existente entre la edad, paridad, clase social y raza, con la realización de histerectomía abdominal. (4)

De acuerdo a estos estudios se observó que en pacientes con histerectomía eran de predominio blanco, casadas, con una paridad de 3 gestas, con un rango de edad entre 35 a 49 años, y con una clase social de medio a baja. (4)

La miomatosis uterina fue la causa principal de histerectomía total abdominal, seguida por hemorragias uterinas disfuncionales.

En otros estudios se encontró que el sobrepeso, el fumar activamente, factores psicológicos y sociales, se asocian a un aumento en la frecuencia de realización de histerectomías. (5)

El sobre peso puede ser factor importante en la alteración de los ciclos menstruales y en la formación de leiomiomas. (4)

Es indudable que una histerectomía adecuadamente indicada y realizada puede ser de enorme beneficio para pacientes con *enfermedades o síntomas ginecológicos significativos.* (6,7)

La Histerectomía total abdominal debe de hacerse en tres circunstancias distintas, a saber:

1. Contraindicación de la histerectomía vaginal.
2. Cuando el diagnóstico del padecimiento no es seguro, se

requiere de exploración abdominal para su certeza.

3. Cuando hay padecimientos adherenciales (endometriosis, anexitis, etc.) que indican la histerectomía, lo cual, en cierto modo, es una contraindicación para histerectomía vaginal. (8)

Existen indicaciones precisas en las cuales debe realizarse histerectomía abdominal como tratamiento definitivo:

a) hemorragia uterina disfuncional (HUD): Los estudios estarán encaminados a certificar la falta de ovulación y a descartar lesiones del aparato reproductor, discrasias sanguíneas, enfermedades generales, etc. Las causas de la HUD pueden ser identificadas por los efectos en el eje hipotálamo-pituitaria. La mayoría de las causas son idiopáticas, resultando de periodos menstruales anovulatorios. (9)

En la mayoría de estos casos el tratamiento quirúrgico es curativo. La histerectomía para patologías benignas presentan una mortalidad del 6% por 10000 y una morbilidad del 24.8%. El tratamiento que reciba la paciente va a depender primero de si se encuentra en edad fértil, o en la severidad y cronicidad de la hemorragia. (7)

El tratamiento quirúrgico puede ser sugerido en la mujer cuando existe persistencia crónica de la hemorragia, no desean futuros embarazos y presentan constantemente anemia.

La histerectomía es una cura definitiva con adecuados resultados para las pacientes con hemorragia uterina disfuncional.(9)

b) adenomiosis: Es la invasión benigna del endometrio sobre la musculatura uterina. Se observa principalmente en mujeres de 40 o más años y que han tenido hijos. Un cuadro de dismenorrea, dolor uterino a la palpación, alteraciones menstruales y aumento de tamaño del útero, por lo general simétrico y predominante en la dimensión anteroposterior, pueden identificar una adenomiosis. Según la severidad de los síntomas la histerectomía puede estar indicada después del fracaso de modalidades terapéuticas más conservadoras, como la hormonoterapia y el legrado uterino. El compromiso miometrial profundo y la hipertrofia miometrial asociada son hallazgos infrecuentes. (6, 7)

c) miomatosis uterina: El mioma es un tumor benigno, formado por

fibras musculares lisas y por estroma conjuntivo.

Aproximadamente 1 de cada 4 mujeres de más de 35 años presentan ésta patología. El síntoma más frecuente es la proio-poli-hipermenorrea. La realización del diagnóstico en la mayoría de los casos es por clínica y por ultrasonografía.(6)

Los leiomiomas uterinos representan la indicación más frecuente para la histerectomía. La histerectomía es el procedimiento de elección siempre y cuando la paciente no desee tener hijos y con conservación de los ovarios. (7)

d)endometriosis: La endometriosis es una condición médica que se origina cuando el tejido endometrial crece fuera de él. Entre las áreas afectadas comúnmente por los tumores endometriales, o la endometriosis son: los ovarios, salpinges y los ligamentos uterinos. A veces también aparecen en la vejiga, intestino y la vagina. La teoría más acertada y aceptada es la que se denomina "menstruación retrógrada". Según esta teoría, parte del flujo menstrual pasa a las salpinges en lugar de dirigirse a la vagina. Los síntomas más comunes de la endometriosis son dolor antes y durante los períodos menstruales, dolor durante el acto sexual y hemorragias fuertes e irregulares. En casos más graves se puede formar tejido cicatrizal en las salpinges y el ovario, impidiendo la salida del óvulo y su paso por la salpinge en dirección al útero. Las pacientes tienen dos alternativas de tratamiento: la intervención quirúrgica y el tratamiento basado en medicamentos. El tratamiento quirúrgico se divide en radical y no radical. La cirugía radical es la que proporciona un alivio mayor y más prolongado de la endometriosis. El método es la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía. Éste método previene la reaparición de la endometriosis, dejando a la mujer en un estado de menopausia permanente. (6,10)

e)neoplasia intraepitelial cervical: La histerectomía se recomienda en pacientes en quienes la displasia cervical severa o el carcinoma in situ son demasiados extensos para ser extirpado con conización cervical u otras modalidades terapéuticas locales. Deberá extirparse un manguito vaginal junto con el útero cuando el carcinoma in situ se extienda hasta el fondo del saco vaginal o cerca de él. (11)

f) cáncer cervical invasor en fase temprana: La histerectomía total con vaginectomía parcial puede ser la operación indicada para un cáncer cervical invasor en fase temprana. (7,11)

g) hiperplasia endometrial: La hiperplasia endometrial no sólo es una causa de hemorragia anormal, sino también, en expresiones más graves, un precursor de carcinoma endometrial. La forma más leve se llama hiperplasia quística. Los cambios más avanzados se denominan hiperplasia adenomatosa, y la forma más grave se designa hiperplasia atípica o hiperplasia adenomatosa atípica. Se recomienda la clasificación simple de hiperplasia leve, moderada y atípica. (12)

La hiperplasia adenomatosa del endometrio con cambios atípicos es considerada por la mayoría de los expertos como una lesión precursora del adenocarcinoma endometrial, y en consecuencia, una indicación apropiada para la histerectomía. Las formas de hiperplasia menos severas por lo general son reversibles y no necesitan de histerectomía. (14)

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS: En varios estudios realizados en hospitales de Estados Unidos e Inglaterra se observó que el porcentaje promedio de complicaciones fueron las siguientes: complicaciones del tracto urinario: 25%, e infección de herida quirúrgica: 10%. En otros hospitales se observó que la frecuencia de infección de la herida quirúrgica posterior a una histerectomía abdominal llegaba hasta el 10.5%, la cual se tomó como valor de referencia como índice aceptable de complicaciones por infección de herida. (15)

En un grupo de estudio de 80 pacientes premenopáusicas y 80 postmenopáusicas se detectó que la complicación más frecuente posterior a una histerectomía era la relacionada a sintomatología urinaria, como por ejemplo: disuria, polaquiuria, tenesmo e incontinencia urinaria. (16)

Las complicaciones que se presentaron a largo plazo fueron con relación a la actividad sexual y en el aspecto psicológico. (15)

HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL VS SUBTOTAL: Antiguamente la conducta de la histerectomía total y subtotal era muy discutida, se buscaba evitar herir los órganos del aparato urinario. En la actualidad, la operación se hace de acuerdo a la patología que presente la paciente. Se prefiere la histerectomía total por las siguientes razones: elimina el cérvix y con él los padecimientos que tenga; se hace profilaxis del carcinoma de cérvix, sobre todo si recordamos que el 3% de los carcinomas del cérvix son del muñón cervical; los métodos de soporte de los órganos restantes son mejores en la histerectomía total que en la subtotal. La mayoría de los prolapsos que se presentan después de una histerectomía, aparecen cuando se realiza la técnica subtotal.

La histerectomía subtotal puede hacerse en casos de no poder realizar la total; sin embargo, Alvarez Bravo cree que son casos temporales, los cuales, en el mismo curso de la operación, se completan con la histerectomía total. (2)

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL VS VAGINAL: En la actualidad se ha observado que un 25 a 30% de histerectomías se realizan por vía vaginal. La histerectomía vaginal y la histerectomía abdominal son operaciones totalmente distintas y no están indicadas en pacientes comparables. Es indudable que la morbilidad postoperatoria es menor con la histerectomía vaginal, pero la histerectomía abdominal se utiliza en las pacientes con una enfermedad más grave. (18)

## **JUSTIFICACIÓN:**

En el Hospital General de México, en la unidad de ginecología del servicio de gineco-obstetricia, la histerectomía abdominal ocupa el primer lugar de procedimientos quirúrgicos ginecológicos.

Debido a la naturaleza relativamente electiva del procedimiento, y dado el riesgo de complicaciones, es de suma importancia conocer las indicaciones y la técnica apropiada, así mismo determinar la morbi-mortalidad y el índice de error en los diagnósticos para brindar un mejor tratamiento y disminuir el índice de complicaciones.

El tener conocimiento de los principales factores de error en los diagnósticos de una patología y el saber que tipo de complicaciones se pueden presentar en el acto quirúrgico podrá ser tratado con profesionalismo y diligencia.

Un ginecólogo competente que ha seguido a una paciente y que ha mantenido registros de los hallazgos clínicos y de tratamiento y que cuenta con toda la confianza de la paciente, probablemente sea el más indicado para establecer un juicio certero acerca de la necesidad de una histerectomía. Sin embargo, en algunos casos, puede seguir siendo necesaria una segunda opinión, sobre todo si existe la más mínima duda acerca de la necesidad de la cirugía.

La histerectomía total abdominal se asocia con índices a veces no predecibles de morbilidad y complicaciones.

Si conocemos detalladamente la epidemiología de la histerectomía abdominal en nuestra población, podremos en un futuro mejorar nuestros métodos diagnósticos, las técnicas quirúrgicas y prevenir oportunamente, así como corregir las



complicaciones que se puedan presentar.

En la actualidad es muy importante realizar una revisión de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal, principalmente para incluir los procedimientos que no estaban bien establecidos; pero también para eliminar aquellos procedimientos ya sean diagnósticos o terapéuticos que sean inadecuados.

La necesidad de emplear protocolos de revisión es muy importante ya que a través de estos estudios se podrán identificar grupos detallados de indicaciones clínicas para evaluar más agresivamente la validez de un enfoque terapéutico.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Comparar el diagnóstico clínico y ultrasonográfico con el histopatológico para determinar el porcentaje de error.

### OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Determinar la frecuencia de la histerectomía abdominal en pacientes del Hospital General de México en la unidad de Ginecología.
- Identificar el grupo de edad de mayor riesgo.
- Identificar la patología más frecuente como indicación de histerectomía total abdominal.
- Identificar las complicaciones quirúrgicas más frecuentes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal en donde se analizaron 501 expedientes de mujeres operadas de histerectomía abdominal en el servicio de Ginecología del Hospital General de México en un periodo comprendido entre el 1o. de Enero de 1995 al 31 de Junio de 1997.

De cada caso se obtuvieron del expediente clínico los siguientes datos: número de expediente, edad de la paciente, número de gestas, nivel socioeconómico, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico ultrasonográfico, técnica quirúrgica, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, días de estancia intrahospitalaria y seguimiento.

También se recabaron los diagnósticos patológicos finales reportados por el servicio de patología.

El diagnóstico clínico correspondió al preoperatorio, tomándose como indicación de histerectomía la patología principal, la cual fue comparada con el diagnóstico final patológico, obteniéndose el porcentaje de discrepancia entre ellos. En la leiomiomatosis con adenomiosis, se tomó alguno de los dos como diagnóstico de certeza.

Se recabó como parte del diagnóstico clínico, el reporte de ultrasonografía, tomándose en cuenta para dar el diagnóstico preoperatorio.

En la descripción de la cirugía, no se especificaba que técnica quirúrgica se había utilizado, por lo que solamente se tomó como referencia si era extrafascial o intrafascial.

Se tomó en cuenta el seguimiento de las pacientes a través del expediente clínico detectando si hubo la presencia de alguna complicación a corto o mediano plazo, y si recibieron tratamiento adecuado.

Se obtuvo la morbilidad expresada globalmente como la suma numérica de todas las complicaciones encontradas, leves o graves, en el transoperatorio y postoperatorio.

Como pruebas estadísticas se emplearon porcentajes y medidas de tendencia central.

## RESULTADOS

De 965 cirugías ginecológicas, 501 (52%) correspondieron a hysterectomías abdominales. (figura 1)

Del total de las hysterectomías, 1996 fue el año en que más hysterectomías abdominales se realizaron. (figura 2)

Dentro de las características demográficas de las 501 mujeres operadas de hysterectomía abdominal, se encontró una edad promedio de 42.2 años con un rango de 28 a 68 años, obteniéndose la mayor frecuencia entre los 35 a 45 años, con 248 casos (49.5%). El rango de paridad fue de 0 a 15 gestas, con un promedio de 3.3 gestas.

450 pacientes con un nivel socioeconómico bajo (89.9%), 35 pacientes con un nivel socioeconómico medio bajo (6.1%) y 16 con nivel socioeconómico medio (4%).

Las pacientes fueron candidatas a cirugía con los siguientes diagnósticos clínicos y preoperatorios: miomatosis uterina en 417 pacientes (83.2%), adenomiosis en 28 pacientes (5.5%), miomatosis con adenomiosis en 49 pacientes (9.8%), hiperplasia endometrial en 4 pacientes (0.9%), endometriosis en 2 pacientes (0.4%) y una paciente con CaCu (0.2%).

Los estudios de ultrasonografía reportaron los siguientes diagnósticos: miomatosis uterina en 455 pacientes (90.8%), hiperplasia endometrial en 19 pacientes (3.8%), sin alteraciones en 12 pacientes (2.4%), y en 15 pacientes no se contaba con estudio ultrasonográfico.

Los estudios histopatológicos reportaron los siguientes diagnósticos: leiomiomatosis en 304 pacientes (60.8%), adenomiosis en 80 Pacientes (15.9%), leiomiomatosis con adenomiosis en 71 pacientes (14.2%), hiperplasia endometrial en 24 pacientes (4.8%), endometriosis en 4 pacientes (0.7%), y sin patología en 18 pacientes (3.5%). (cuadro 1)

La localización de la leiomiomatosis fue la siguiente: intramural 218 (58.1%), submucoso 45 (12%), subseroso 32 (8.5%), intramural y submucoso 56 (14.9%), y en 24 no especificado (6.5%).

Dentro de los hallazgos patológicos se encontró también que 138 pacientes presentaban cervicitis crónica (27.5%) y 78 pacientes (15.5%) presentaron lesión intraepitelial de bajo grado asociada a virus del papiloma humano. (cuadro 2)

Dentro de las técnicas quirúrgicas aplicadas 475 (94.9%) fueron extrafasciales y 26 intrafasciales (5.1%).

Las principales complicaciones fueron: infección de herida quirúrgica en 15 pacientes (2.9%), lesión de vejiga en 11 pacientes (2.1%), fistula vesicovaginal en 5 pacientes (0.9%), lesión de uretero en 3 pacientes (0.6%), y lesión de intestino en 2 pacientes (0.4%). (cuadro 3)

Se obtuvo de acuerdo a los diagnósticos clínicos e histopatológicos, por indicación quirúrgica, un porcentaje de certeza en los diagnósticos del 75.1% y un error del 24.9%; y en cuanto a la necesidad de una histerectomía se obtuvo el 96.4% de certeza y 3.6% de error. (cuadro 4)

Todas las cirugías fueron supervisadas por Médico de base teniendo un tiempo quirúrgico en promedio de 2 horas con 28 minutos.

Todas las pacientes fueron dadas de alta, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 5.1 días, con un rango de 3 a 10 días.

Se dio cita a la consulta externa para seguimiento. Las pacientes acudieron en un promedio de 12 días y se encontró que la

principal complicación postoperatoria tardía fue la sintomatología de infección de vías urinarias bajas, manejándose antimicrobiano y antiséptico urinario.

De las 501 pacientes, 46 (9.1%) no acudieron a consulta y se desconoció su seguimiento.

## DISCUSIÓN

En el Hospital General de México a diferencia de otros hospitales de Estados Unidos y Europa, la histerectomía abdominal ocupa el primer lugar de cirugías ginecológicas.

La constante y rápida evolución de la medicina en general, el importante progreso alcanzado por la cirugía en las últimas décadas de nuestro siglo y la impresionante transformación que ha sufrido la ginecología, el índice de histerectomías abdominales tiende a disminuir, ya que los métodos diagnósticos más apropiados nos ayudan a identificar patologías que requieren tratamiento quirúrgico conservador.

En la gran mayoría de las mujeres se reporta un gran beneficio después de una histerectomía abdominal, eliminando su sintomatología y mejorando su calidad de vida; sin embargo hay que tomar en cuenta que existen indicaciones precisas para la realización de la misma.

Las tres principales causas de histerectomía en Estados Unidos y Europa son: hemorragia uterina disfuncional, miomatosis uterina y procesos inflamatorios, dentro del cual entraría la endometriosis (8); mientras que en el Hospital General de México, la principal causa es la miomatosis uterina, en segundo lugar la adenomiosis y en tercer lugar la hiperplasia endometrial.

Los resultados de patología muestran que un alto porcentaje de pacientes presenta lesión intraepitelial de bajo grado asociada a infección del virus del papiloma humano. Sin embargo a partir del año de 1997, se inició como tratamiento preoperatorio la realización de colposcopia, diagnosticándose previamente esta infección; por lo que es de suma importancia generalizar este procedimiento a toda paciente candidata a histerectomía.



Se ha observado, que así como en otros países, existe relación importante entre la histerectomía abdominal y una serie de factores: como el nivel socioeconómico bajo, la edad, la paridad y factores psicológicos. (7)

La histerectomía es un procedimiento de cirugía mayor, asociado a índices de mortalidad del 0.6% o de 1 por 1 000 y la morbilidad del 12%. En la población del hospital general la mortalidad fue del 0% y la morbilidad del 6%.

Dentro de la morbilidad, se encuentran las complicaciones transoperatorias y las postoperatorias. En las transoperatorias la más frecuente fue la lesión de vejiga, las cuales fueron corregidas en el mismo acto quirúrgico.

Con relación a la lesión de uretero, se requirió la intervención del servicio de urología para la reparación de los mismos.

La complicación postoperatoria más frecuente fue la infección de herida quirúrgica, la cual se manejó hospitalariamente con doble esquema antimicrobiano y posteriormente se realizó cierre de pared en segunda intención.

De acuerdo a los diagnósticos clínicos y patológicos, el índice de error que se obtuvo en el estudio es considerablemente menor a otros hospitales, sin embargo hay que tomar en cuenta que en la actualidad con los adelantos en la terapéutica médica y quirúrgica conservadora el índice de histerectomías tiende a disminuir.

## **CONCLUSIONES:**

La validez de los estudios patológicos demostró que aún existen indicaciones de histerectomía innecesarias y no justificadas.

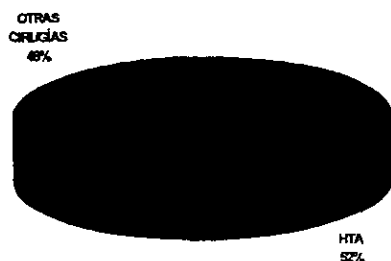
Los resultados de una intervención quirúrgica dependen de su indicación precisa, de su práctica correcta y del manejo adecuado del postoperatorio. Los riesgos de dicha operación siguen dependiendo del tiempo empleado en la operación y en la calidad de la técnica quirúrgica. Es necesario ahorrar tiempo quirúrgico, evitar tiempos perdidos, hacer correcta hemostasia, seleccionar cuidadosa y fundamentalmente el método quirúrgico a emplear, usar técnica precisa y saber resolver las complicaciones y contingencias que se presenten.

Para ello es indispensable:

- 1.- Conocer y evaluar adecuadamente el problema patológico de la paciente.
- 2.- Tener criterio formado para hacer correctas indicaciones quirúrgicas.
- 3.- Tener conocimientos precisos de anatomía quirúrgica.
- 4.- Tener conocimientos amplios de fisiología y anatomía patológica del aparato genital femenino.
- 5.- Valorar la introducción de un criostato para la realización de estudios transoperatorios precisos en corto tiempo, que son de valor incalculable para normar decisiones en el momento de la cirugía.

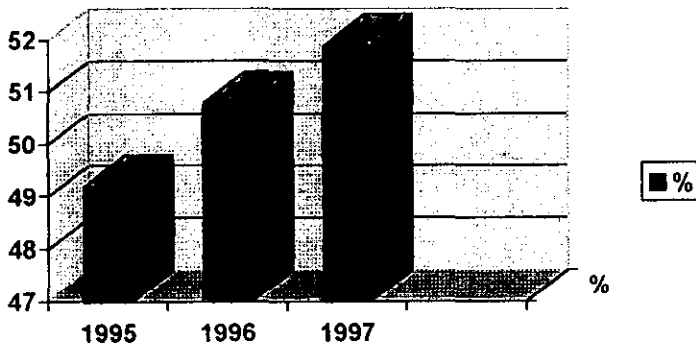
Es indudable que una histerectomía abdominal apropiadamente indicada y realizada en forma idónea, puede ser de enorme beneficio para pacientes con patologías o síntomas ginecológicos significativos.

**Figura 1.** Total de cirugías ginecológicas en el servicio de ginecología del Hospital General de México de enero de 1995 a junio de 1997.



## Figura 2.

Número de histerectomías abdominales realizadas por año.



- 1995 (49.20%)
- 1996 (50.80%)
- 1997 (51.90%)

### **Cuadro 1.**

Causas de indicación de histerectomía abdominal por año.

<b>CAUSA</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Leiomiomatosis	139	99	66	304	60.8
Adenomiosis	36	31	13	80	15.9
Leiomiomatosis con adenomiosis	34	29	8	71	14.2
Hiperplasia endometrial	15	7	2	24	4.8
Endometriosis	4	0	0	4	0.7
no indicadas	6	7	5	18	3.6

## **Cuadro 2.**

Hallazgos histopatológicos.

<b>HALLAZGOS</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>TOTAL</b>
Cervicitis	48	71	19	138
IVPH	33	36	9	78

### **Cuadro 3.**

Principales complicaciones quirúrgicas por año.

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>Total %</b>
Infección Qx.	10	2	3	15(2.9%)
Lesión vesical	6	3	2	11(2.1%)
Fístula vesicovaginal	3	1	1	5(0.9%)
Lesión de uretero	2	1	0	3(0.6%)
Lesión de intestino	2	0	2	4(0.4%)

#### **Cuadro 4.**

Comparación de diagnóstico clínico-patológico y porcentaje de error.

<b>DX CLÍNICO</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>DX PATOLÓGICO</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>ERROR %</b>
MIOMATOSIS UTERINA	417 (83.2%)	LEIOMIOMATOSIS	304 (60.8%)	22.4
ADENOMIOSIS	28 (5.5%)	ADENOMIOSIS	80 (15.9%)	10.4
MIOMATOSIS CON ADENOMIOSIS	49 (9.8%)	LEIOMIOMATOSIS CON ADENOMIOSIS	71 (14.2%)	4.4
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	4 (0.9%)	HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	24 (4.8%)	3.9
ENDOMETRIOSIS	2 (0.4%)	ENDOMETRIOSIS	4 (0.7%)	0.3
CACU	1 (0.2%)	CACU	0	0.2
SIN PATOLOGÍA	0	SIN PATOLOGÍA	18 (3.5%)	3.5



## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

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

Edad: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Edo civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ fecha de egreso: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES:

Gestas: \_\_\_\_\_

Dx. preoperatorio: \_\_\_\_\_

Dx. USG: \_\_\_\_\_

Dx. histopatológico: \_\_\_\_\_

Técnica quirúrgica: \_\_\_\_\_

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

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

Seguimiento: \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ciannhfran, T.A: et al.: Short history of obstetrics and gynecology. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas. 1960.
2. Alvarez Bravo, A.: Conceptos modernos sobre cirugía ginecológica. VI congreso latinoamericano. San José Costa Rica. 1970.
3. Sereno José, A.: Morbimortalidad en cirugía ginecológica. Boletín de la asociación del Dr Alfonso Alvarez Bravo. México D.F. No. 3 1971. pp: 27-33.
4. Settnes,A.: Hysterectomy in Danish women: weight. Related factors, and life-style variables. *Obstet Gynecol.* 1996, Jul. 88(1): 99-105.
5. Vessey, MP. et al: The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort estudio. *B. J. Obstet Gynaecol.* 1992 May 99 (5): 402-7.
6. Clarke, A. et al.: Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study. *Br. J. Obstet Gynaecol.* 1995 Aug. 102 (8). 611-20.
7. Bachmann, GA. Hysterectomy: a critical review. *J. Reprod. Med.* 1990 (35): 839-844.
8. Carlson, M.D. et al: Alternatives to hysterectomy for menorrhagia. *The new England Journal of Medicine.* 1996 Jul. 335(3)198-199.

9. Rosenfeld, MD.: treatment decisions in the Management of menorrhagia. *Women's Health*. 1996.1 (2): 1-7.
10. Moreira, Priscilla.: Endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*. Mar 1993. 3(6): 12-15.
11. Chapman, JA. et al. Surgical treatment of unexpected invasive cervical cancer found at total hysterectomy. *Obstet. Gynaecol*. 1992 Dec. 80(6):931-34.
12. Fox, H. Endometrial Hyperplasia: a conceptual and practical approach. *Histopathology*. 1992. 6(1): 493-510.
13. Gershenson, L.: et al: A developmental view of endometrial hyperplasia and carcinoma based on experimental research. *Pathol Res Pract*. 174(1): 285-96. 1989.
14. Ferency A. Bergeron.: Endometrial Hyperplasia. *Advances in Gynecological Pathology*. 1992. (1): 207-34.
15. Kandula, P. et al.: Postoperative wound infection after total abdominal hysterectomy: a controlled study of the increased duration of hospital stay and trends in postoperative wound infection. *Am. J. Infect. Control*. 1993 Aug 21(4): 201-4..
16. Griffith, J. et al.: Adverse urinary symptoms after total abdominal hysterectomy. *Br J. Urol*. 1991 Mar. 67(3): 295-7.
17. Alvarez Bravo A, et al: Las infecciones postoperatorias en cirugía ginecológica. Libro homenaje al Dr. Luis Castelazo. México 1970. pp: 5-10.
18. Histerectomía abdominal y vaginal. Conceptos generales en actualización en temas de Ginecología y obstetricia. México. 1985.