

11217 84  
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION

CURSO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DEL ALUMNO

DR: JOEL VEGA VEGA

TESIS

"DESCRIPCION DE LOS CRITERIOS PARA LA REALIZACION DE  
HISTERECTOMIAS EN EL H.G. DR: DARIO FERNANDEZ FIERRO"

PARA OBTENER EL TITULO  
DE LA ESPECIALIDAD.

HOSPITAL SEDE

H.G. DR: DARIO FERNANDEZ FIERRO

I S S S T E

MEXICO D.F.

0272050

1999

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.

**TITULO DE LA TESIS**

**“ DESCRIPCION DE LOS CRITERIOS QUE SE  
UTILIZAN PARA LA REALIZACION DE  
HISTERECTOMÍAS EN EL H.G. DR. DÁRIO  
FERNÁNDEZ FIERRO “**

**NOMBRE DEL ALUMNO**

**DR. JOEL VEGA VEGA**

**ESPECIALIDAD**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**HOSPITAL**

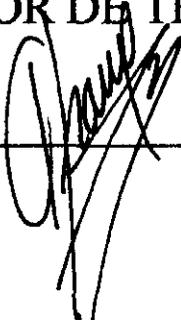
**“H.G. DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIRRO”**

**MÉXICO, D.F.**

**I S S S T E**

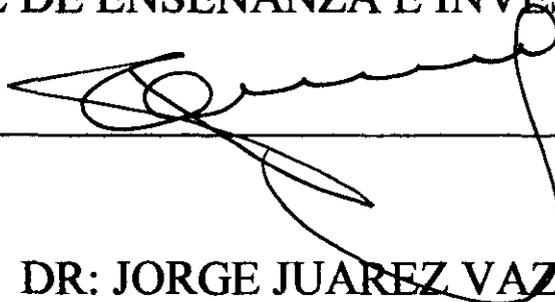
# AUTORIZACIONES

DR: ALBERTO CHAVEZ MERLOS  
COORDINADOR DEL SERVICIO  
GINECOOBTETRICIA  
ASESOR DE TESIS



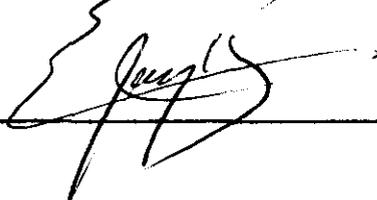
---

DR: JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



---

DR: JORGE JUAREZ VAZQUEZ  
JEFE DEL SERVICIO  
GINECOOBTETRICIA



---

DR: SIGFRIDO HUERTA ALVARADO  
ASESOR ESTADISTICO Y METODOLOGICO



---

ISSSTE  
SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE LA FISCALÍA



Dr. José Fernández F.  
JEFE DE ENSEÑANZA

# **DESCRIPCION DE LOS CRITERIOS QUE SE UTILIZAN PARA LA REALIZACION DE HISTERECTOMIAS EN EL H.G DR: DARIO FERNANDEZ FIERRO.**

## **DR: JOEL VEGA VEGA\***

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue la identificación de los criterios que se utilizan para la realización de los diferentes tipos de histerectomías en el servicio de Ginecoobstetricia, conocer el flujograma de estudio de las mismas, analizar las principales indicaciones para la realización del procedimiento.

En el periodo de la investigación de Enero a Diciembre de 1997, se realizaron 89 histerectomías, de las cuales solo 9 se realizaron por vía vaginal y las restantes 80 fueron por vía abdominal, todos los procedimientos realizados por Médicos adscritos al servicio de Ginecoobstetricia del H:G: DR:DARIO FERNANDEZ FIERRO, ISSSTE. D.F.

De las 89 pacientes sometidas al procedimiento quirúrgico, todas oscilaron entre los 25 y 75 años de edad, con un promedio de 41 a 50 años. Las 9 pacientes que se les realizó el procedimiento vía vaginal, las indicaciones de las mismas (100%) fue por prolapso genital total y de las 80 realizadas por vía abdominal, 68 pacientes (85.7%) fue por Miomatosis uterina, 3(3.7%) por quistes ovaricos, 5 (5.61%) Por displasia cervical en diferentes grados, 1 (1.25%) por hiperplasia endometrial, 1(1.25%) por cervix residual acompañado de sangrado uterino anormal y 1 (1.25%) por síndrome doloroso abdominal.

En el presente estudio, realmente a todas las pacientes que se les realizó histerectomía vaginal, el 100% fue por prolapso genital, por lo que no consideraron otras indicaciones para realización de esta vía quirúrgica, y de todas las pacientes programadas para histerectomía abdominal todas fue por indicación de miomatosis uterina, tomando en cuenta solo este parametro, y no el estudio integral de las pacientes.

### **SUMMARY**

The objective of this study was the identification of the approaches that they are used for the realization of the several types of hysterectomies in the service of Ginecoobstetricia, know the of study of the same, analyze the main indications for the achievement of the procedure.

In the period of the investigation of January to December of 1997, they were carried out 89 hysterectomies, of which alone 9 was carried out for vaginal route and the remaining 80 was for abdominal route, all the carried out procedures by medicals basis to the service of Ginecoobstetricia of the H: G: DR: DARIO FERNANDEZ FIERRO, ISSSTE. D.F.

From the 89 subjected patients to the procedure surgical, all oscillated between the 25 -75 years of age, with an average of 41 to 50 years. The 9 patients that they accomplish the procedure vaginal route, the indications of the same (100%) you was for descent total genital and of the 80 carried out by abdominal route, 68 patients (85.7 was by Miomatosis uterine, 3 (3.7%) for ovarian cysts, 5 (5.61%) For cervical intraepithelial neoplasia in several degrees, 1 (1.25%) for endometrial hyperplasia, 1 (1.25%) for residual cervix accompanied by bled uterine abnormal and 1 (1.25%) for pain abdominal.

Presently study, really to all the patients that they operation vaginal, the 100% she was for genital prolapso, for what they didn't consider other indications for performance of this route surgical, and of all the patients programmed for abdominal hysterectomy all were for indication of uterine miomatosis taking single east parameter in, and not the integral study of the patients.

\*Residente de 4º año de Ginecoobstetricia.  
Hospital "DR: DARIO FERNANDEZ FIERRO.  
ISSSTE.  
México, D:F.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF POLITICAL SCIENCE  
POLITICAL SCIENCE 301  
POLITICAL THEORY

QUESTION 1

Read the following passage from the opening of the *Republic* and answer the question below.

“The city is a community of many individuals, each of whom has his own special nature and ability, and each of whom is fitted to perform a particular kind of work in the city. The city is a community of many individuals, each of whom has his own special nature and ability, and each of whom is fitted to perform a particular kind of work in the city. The city is a community of many individuals, each of whom has his own special nature and ability, and each of whom is fitted to perform a particular kind of work in the city.”

What is the main purpose of this passage? (A) To describe the structure of the city. (B) To explain the division of labor. (C) To discuss the nature of the individual. (D) To analyze the relationship between the individual and the city.

Which of the following best describes the relationship between the individual and the city? (A) The individual is a part of the city. (B) The city is a collection of individuals. (C) The individual is a citizen of the city. (D) The city is a community of individuals.

What is the main purpose of this passage? (A) To describe the structure of the city. (B) To explain the division of labor. (C) To discuss the nature of the individual. (D) To analyze the relationship between the individual and the city.

What is the main purpose of this passage? (A) To describe the structure of the city. (B) To explain the division of labor. (C) To discuss the nature of the individual. (D) To analyze the relationship between the individual and the city.

QUESTION 2

Read the following passage from the opening of the *Republic* and answer the question below.

“The city is a community of many individuals, each of whom has his own special nature and ability, and each of whom is fitted to perform a particular kind of work in the city. The city is a community of many individuals, each of whom has his own special nature and ability, and each of whom is fitted to perform a particular kind of work in the city. The city is a community of many individuals, each of whom has his own special nature and ability, and each of whom is fitted to perform a particular kind of work in the city.”

What is the main purpose of this passage? (A) To describe the structure of the city. (B) To explain the division of labor. (C) To discuss the nature of the individual. (D) To analyze the relationship between the individual and the city.

Which of the following best describes the relationship between the individual and the city? (A) The individual is a part of the city. (B) The city is a collection of individuals. (C) The individual is a citizen of the city. (D) The city is a community of individuals.

What is the main purpose of this passage? (A) To describe the structure of the city. (B) To explain the division of labor. (C) To discuss the nature of the individual. (D) To analyze the relationship between the individual and the city.

What is the main purpose of this passage? (A) To describe the structure of the city. (B) To explain the division of labor. (C) To discuss the nature of the individual. (D) To analyze the relationship between the individual and the city.

# DESCRIPCION DE LOS CRITERIOS QUE SE UTILIZAN PARA LA REALIZACION DE HISTERECTOMIAS EN EL H.G. DR: DARIO FERNANDEZ FIERRO.

## DR: JOEL VEGA VEGA \*

### INTRODUCCIÓN:

En los E.U la histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados más frecuentes, después de la operación cesárea, la cual ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores más frecuentes.(1,23)

Tanto la histerectomía abdominal y vaginal tiene ventajas y desventajas, hoy en día, cada método cuenta con fuertes defensores entre los cirujanos, igual que en el pasado. En los inicios de la ginecología quirúrgica se intentó heroicamente extirpar el útero por vía vaginal debido a la morbilidad y mortalidad inaceptablemente altas asociadas con operaciones abdominales. A medida que la cirugía abdominal se volvió más segura, el interés de la histerectomía vaginal decayó. Hoy aproximadamente 25 a un 30% de las histerectomías se efectúan por vía vaginal. La histerectomía vaginal y abdominal son operaciones totalmente distintas y no están indicadas en pacientes comparables.(2,8,9,10)

Los cirujanos ginecológicos con experiencia pueden aducir las siguientes siete razones a favor de la histerectomía vaginal versus la histerectomía abdominal:

1. la histerectomía vaginal es una operación casi extraperitoneal. La abertura del peritoneo es mínima lo que se asocia a menor riesgo de íleo postoperatorio.
2. Se evita la morbilidad asociada a una incisión abdominal.
3. La obesidad extrema implica dificultades técnicas en ambos tipos de histerectomías, pero estas dificultades son menores en el caso de la vía vaginal.
4. En el postoperatorio la recuperación es con mayor rapidez, la incidencia de morbilidad infecciosa se reduce significativamente, existe menor necesidad de utilización de medicamentos.
5. Mejor tolerada por las pacientes de edad avanzada y por aquellas que padecen enfermedades médicas concurrentes.

6. La reparación de la relajación pélvica es más fácil vía vaginal.
7. Se relaciona con menor grado de formación de adherencias postoperatorias.(1,14,15,20)

No se cuentan con criterios específicos para determinar la vía por la que debe efectuarse la histerectomía. Esta vía deberá individualizarse. Se han propuesto contraindicaciones e indicaciones de las diferentes vías.(3)

El abordaje vaginal habitualmente se elige cuando la histerectomía se efectúa para: Corrección de prolapso uterovaginal, dismenorrea secundaria irreducible, hemorragia uterina disfuncional refractaria a tratamiento médico, miomas sintomáticos del tamaño apropiado para una extirpación segura por vía vaginal y pacientes muy obesas que se requiere de histerectomía. Y las contraindicaciones para la vía vaginal son: Arco pubiano estrecho, problemas ortopédicos que hacen imposible la posición ginecológica, enfermedad pélvica grave por adherencias, agrandamiento uterino, anexos o ambas y el cáncer ginecológico.(5,6,7)

Se selecciona el abordaje abdominal para: Patologías que requieren una inspección completa de la cavidad abdominal o masas pélvicas sin diagnóstico, situaciones obstétricas de emergencia, extirpación del útero y masas anexiales consideradas demasiado grandes para una extracción vaginal segura, pacientes que requieren otra cirugía abdominal o evaluación en el momento de la histerectomía, como reparación de hernia abdominal, fistulas gastrointestinales, adherenciolisis, colecistectomía u uretropexia retropúbica.(11,12)

El abordaje quirúrgico apropiado debe: 1) permitir la evaluación completa de la indicación quirúrgica particular o del grupo de indicaciones y 2) facilitar el tratamiento quirúrgico de la situación. simple y lógicamente, estos dos métodos no deben ser vistos bajo la mirada de la

competencia. Una vez que se toma la decisión de que la extirpación del útero beneficiará (o se espera que lo haga) a la paciente.(4)

Los riesgos y resultados de las histerectomías abdominal y vaginal se compararon en un gran estudio multicéntrico retrospectivo efectuado por el Centro del control de enfermedades de E:U entre 1978 y 1981.(5) El estudio abarcó a 1851 pacientes de 15 a 44 años de edad, a las que se efectuó histerectomía por trastornos ginecológicos benignos (568 por vía vaginal y 1283 por vía abdominal). Las complicaciones quirúrgicas se clasificaron en seis categorías. La tasa global de complicaciones fue de 24.5% mujeres en el caso de la histerectomía vaginal, en comparación con 42.8% por 100 mujeres en el caso de la vía abdominal. Las dos complicaciones fueron morbilidad febril y hemorragia que requirió transfusión, el riesgo de morbilidad fue de 2.1 veces mayor en el caso de la histerectomía abdominal que en el de la vaginal, y el riesgo de transfusión fue de 1.9 veces mayor cuando la operación fue abdominal. En todo lo posible, el criterio preferido debe ser la vía vaginal.(4,24)

En presencia de una indicación apropiada para la histerectomía el cirujano ginecólogo debe decidir si extirpa el útero por vía abdominal o vaginal. En la mayor parte de los casos esta decisión no presenta mayores dificultades. En otros la elección correcta requiere experiencia un juicio maduro y una evaluación cuidadosa de la paciente y de la pericia técnica del cirujano. La histerectomía vaginal sin compromiso de la se asocia con indudables ventajas para la paciente.(2)

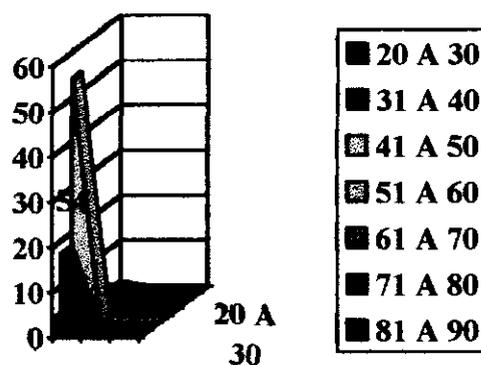
Las indicaciones actuales de la histerectomía varían desde crisis como las catástrofes obstétricas que amenazan la vida, hasta indicaciones más sutiles y subjetivas que hacen a la calidad de vida, como la presión pélvica, la dismenorrea secundaria y la dispareunia, las indicaciones pueden ser categorizadas para la discusión como anatómicas, funcionales, infecciosas, de emergencia y neoplásicas (tanto benignas como malignas). (13)

Es preciso agotar las formas disponibles de manejo médico de algunos síntomas subjetivos molestos utilizando toda alternativa razonable antes de considerar la histerectomía, teniendo en cuenta el consejo de Finney acerca de que todos los procedimientos quirúrgicos deben realizarse para "salvar la vida, aliviar el sufrimiento y corregir la enfermedad". (1,3,14)

## MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio se realizó en el periodo de Enero a Diciembre de 1997, en la cual se incluyeron a todas las pacientes que se les sometió a una histerectomía como parte de su tratamiento médico-quirúrgico, realizadas por médicos adscritos al servicio de Ginecoobstetricia del "H.G DR. Dario Fernández Fierro" ISSSTE, captándose 90 pacientes a los que se les programó para la realización de una histerectomía, de las cuales finalmente sólo a 89 pacientes se les logró realizar, las cuales 87 de ellas se programaron por medio de la consulta externa del servicio, y las otras 2 vía urgencias, las cuales una de ellas se presento por sangrado postcesárea (Urgencia obstétrica) y otra por síndrome doloroso abdominal., todas con una edad promedio de 45 años, con un rango entre 25 y 85 años.

GRUPOS DE EDADES  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS



Durante su evolución postoperatoria la mayoría de las pacientes cursaron favorablemente dándose de alta en promedio a los 3 días posteriores a la operación. Sin embargo se presentaron en 2 pacientes complicaciones inmediatas (retención aguda de orina y accidente vascular cerebral), y 1 paciente presentó una fistula vesico-vaginal.

competencia. Una vez que se toma la decisión de que la extirpación del útero beneficiará (o se espera que lo haga) a la paciente.(4)

Los riesgos y resultados de las histerectomías abdominal y vaginal se compararon en un gran estudio multicéntrico retrospectivo efectuado por el Centro del control de enfermedades de E:U entre 1978 y 1981.(5) El estudio abarcó a 1851 pacientes de 15 a 44 años de edad, a las que se efectuó histerectomía por trastornos ginecológicos benignos (568 por vía vaginal y 1283 por vía abdominal). Las complicaciones quirúrgicas se clasificaron en seis categorías. La tasa global de complicaciones fue de 24.5% mujeres en el caso de la histerectomía vaginal, en comparación con 42.8% por 100 mujeres en el caso de la vía abdominal. Las dos complicaciones fueron morbilidad febril y hemorragia que requirió transfusión, el riesgo de morbilidad fue de 2.1 veces mayor en el caso de la histerectomía abdominal que en el de la vaginal, y el riesgo de transfusión fue de 1.9 veces mayor cuando la operación fue abdominal. En todo lo posible, el criterio preferido debe ser la vía vaginal.(4,24)

En presencia de una indicación apropiada para la histerectomía el cirujano ginecólogo debe decidir si extirpa el útero por vía abdominal o vaginal. En la mayor parte de los casos esta decisión no presenta mayores dificultades. En otros la elección correcta requiere experiencia un juicio maduro y una evaluación cuidadosa de la paciente y de la pericia técnica del cirujano. La histerectomía vaginal sin compromiso de la se asocia con indudables ventajas para la paciente.(2)

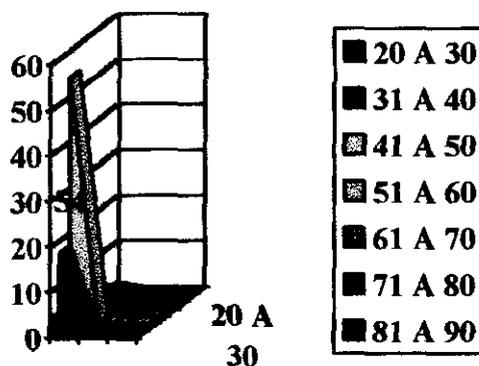
Las indicaciones actuales de la histerectomía varían desde crisis como las catástrofes obstétricas que amenazan la vida, hasta indicaciones más sutiles y subjetivas que hacen a la calidad de vida, como la presión pélvica, la dismenorrea secundaria y la dispareunia, las indicaciones pueden ser categorizadas para la discusión como anatómicas, funcionales, infecciosas, de emergencia y neoplásicas (tanto benignas como malignas). (13)

Es preciso agotar las formas disponibles de manejo médico de algunos síntomas subjetivos molestos utilizando toda alternativa razonable antes de considerar la histerectomía, teniendo en cuenta el consejo de Finney acerca de que todos los procedimientos quirúrgicos deben realizarse para "salvar la vida, aliviar el sufrimiento y corregir la enfermedad". (1,3,14)

## MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio se realizó en el periodo de Enero a Diciembre de 1997, en la cual se incluyeron a todas las pacientes que se les sometió a una histerectomía como parte de su tratamiento médico-quirúrgico, realizadas por médicos adscritos al servicio de Ginecoobstetricia del "H.G DR. Darío Fernández Fierro" ISSSTE, captándose 90 pacientes a los que se les programó para la realización de una histerectomía, de las cuales finalmente sólo a 89 pacientes se les logró realizar, las cuales 87 de ellas se programaron por medio de la consulta externa del servicio, y las otras 2 vía urgencias, las cuales una de ellas se presentó por sangrado postcesárea (Urgencia obstétrica) y otra por síndrome doloroso abdominal., todas con una edad promedio de 45 años, con un rango entre 25 y 85 años.

GRUPOS DE EDADES  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS



Durante su evolución postoperatoria la mayoría de las pacientes cursaron favorablemente dándose de alta en promedio a los 3 días posteriores a la operación. Sin embargo se presentaron en 2 pacientes complicaciones inmediatas (retención aguda de orina y accidente vascular cerebral), y 1 paciente presentó una fístula vesico-vaginal.

Durante el año mencionado se realizó seguimiento de las mismas, así como la revisión del expediente clínico intencionalmente tratando de identificar los principales criterios preoperatorios para decidir la vía de realización de la histerectomía, indicaciones principales y una vez contando con los resultados de patología se analizaron los principales diagnósticos pre y postoperatorios.

En todos los casos las pacientes o familiares firmaron la autorización para la realización del procedimiento quirúrgico, además de que a todas las pacientes dependiendo de su edad contaban con valoración preoperatoria, riesgos quirúrgicos, exámenes de laboratorios, sangre disponible y aceptación de las pacientes por el servicio de anestesia.

También se tomaron las medidas de bioseguridad, realizadas por el grupo médico, enfermería y todo personal que participa en el servicio de quirófano y piso de Ginecoobstetricia.

## RESULTADOS:

De las 89 pacientes sometidas a la histerectomía, 33 de ellas tenían dentro de sus antecedentes de importancia quirúrgica: 15 cesáreas, 7 con apendicectomía, y las restantes 11 otra cirugía menor de la cavidad pélvica (colporrafia, oclusión tubaria bilateral, miomectomía) todas ellas sometidas a la cirugía por vía abdominal.

Dentro de los antecedentes importantes ginecológicos que en 47 pacientes (52.8%) se presentó fue la dismenorrea como síntoma cardinal. Así también el síntoma, por el cual las pacientes acuden a recibir atención médica fue el sangrado uterino anormal en 54 pacientes; seguida de dismenorrea cada vez más incapacitante en 15 casos, 11 casos con dolor pélvico y lumbar, otras 10 acudieron por presentar hallazgo ultrasonográfico de miomatosis uterina, 8 por sensación de cuerpo extraño asociado a incontinencia urinaria.

El diagnóstico clínico y por ultrasonido en la gran mayoría de los casos coincidió en 51 de ellas como probable miomatosis uterina (diferentes grados: pequeños, medianos y grandes elementos), importante mencionar que la displasia cervical se presentó como diagnóstico clínico en 5 pacientes y las pacientes con prolapso genital

total en 9 casos. La paciente obstétrica se realizó el diagnóstico de placenta previa sangrante preoperatoriamente.

De las 90 pacientes programadas para histerectomía, 1 no se realizó por haber presentado otro diagnóstico transoperatorio, otra paciente programada para histerectomía vaginal por prolapso en el momento de la realización se decidió hacer vía abdominal, finalmente se realizaron 80 (89.8%) vía abdominal y 9 (10.1%) vía vaginal.

De las 51 pacientes en el que se les realizó el diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, se corroboró el diagnóstico por histopatología en 43 casos (84.3%) existió además que en 20 pacientes que preoperatoriamente se les había diagnosticado por clínica y por ultrasonido miomatosis uterina, por estudio patológico no se corroboró tal diagnóstico y en 5 pacientes que no consideraban que presentarían miomatosis, al estudio si se corroboró dicho diagnóstico. En 2 de ellas no se encontró resultado histopatológico.

De las 9 pacientes sometidas a histerectomía vaginal 8 de ellas presentaban el síntoma de sensación de cuerpo extraño, asociado en 3 de ellas con incontinencia urinaria de esfuerzo, una con dolor genital y otra con dispareunia, y por último la otra paciente presentaba cuadros de sangrado uterino anormal tipo hiperpolimenorrea. El promedio del tamaño del útero en estas pacientes fue de 8.6X4.9X3.2 cms sin presentar nódulos por leiomiomas.

Las 56 pacientes que finalmente resultaron con miomatosis uterina según el estudio histopatológico el promedio del tamaño del útero fue de 11.5X7.6X4.8 cms, de los nódulos de 4.42 cms y el diámetro endometrial promedio de 0.2 mm.

24 pacientes que por histología no presentaban miomatosis uterina el promedio del tamaño uterino fue de 8.5X5X4 cms, de las cuales 20 (83.3%) presentaban diferentes grados de adenomiosis.

Complicaciones inmediatas presentadas fue: retención aguda de orina y la enfermedad vascular cerebral, y en forma más tardía una fistula vesico-vaginal.

Los procedimientos realizados en comparación con los programados difieren en cuanto al

Durante el año mencionado se realizó seguimiento de las mismas, así como la revisión del expediente clínico intencionalmente tratando de identificar los principales criterios preoperatorios para decidir la vía de realización de la histerectomía, indicaciones principales y una vez contando con los resultados de patología se analizaron los principales diagnósticos pre y postoperatorios.

En todos los casos las pacientes o familiares firmaron la autorización para la realización del procedimiento quirúrgico, además de que a todas las pacientes dependiendo de su edad contaban con valoración preoperatoria, riesgos quirúrgicos, exámenes de laboratorios, sangre disponible y aceptación de las pacientes por el servicio de anestesia.

También se tomaron las medidas de bioseguridad, realizadas por el grupo médico, enfermería y todo personal que participa en el servicio de quirófano y piso de Ginecoobstetricia.

## RESULTADOS:

De las 89 pacientes sometidas a la histerectomía, 33 de ellas tenían dentro de sus antecedentes de importancia quirúrgica: 15 cesáreas, 7 con apendicectomía, y las restantes 11 otra cirugía menor de la cavidad pélvica (colporrafia, oclusión tubaria bilateral, miomectomía) todas ellas sometidas a la cirugía por vía abdominal.

Dentro de los antecedentes importantes ginecológicos que en 47 pacientes (52.8%) se presentó fue la dismenorrea como síntoma cardinal. Así también el síntoma, por el cual las pacientes acuden a recibir atención médica fue el sangrado uterino anormal en 54 pacientes; seguida de dismenorrea cada vez más incapacitante en 15 casos, 11 casos con dolor pélvico y lumbar, otras 10 acudieron por presentar hallazgo ultrasonográfico de miomatosis uterina, 8 por sensación de cuerpo extraño asociado a incontinencia urinaria.

El diagnóstico clínico y por ultrasonido en la gran mayoría de los casos coincidió en 51 de ellas como probable miomatosis uterina (diferentes grados: pequeños, medianos y grandes elementos), importante mencionar que la displasia cervical se presentó como diagnóstico clínico en 5 pacientes y las pacientes con prolapso genital

total en 9 casos. La paciente obstétrica se realizó el diagnóstico de placenta previa sangrante preoperatoriamente.

De las 90 pacientes programadas para histerectomía, 1 no se realizó por haber presentado otro diagnóstico transoperatorio, otra paciente programada para histerectomía vaginal por prolapso en el momento de la realización se decidió hacer vía abdominal, finalmente se realizaron 80 (89.8%) vía abdominal y 9 (10.1%) vía vaginal.

De las 51 pacientes en el que se les realizó el diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, se corroboró el diagnóstico por histopatología en 43 casos (84.3%) existió además que en 20 pacientes que preoperatoriamente se les había diagnosticado por clínica y por ultrasonido miomatosis uterina, por estudio patológico no se corroboró tal diagnóstico y en 5 pacientes que no consideraban que presentarían miomatosis, al estudio si se corroboró dicho diagnóstico. En 2 de ellas no se encontró resultado histopatológico.

De las 9 pacientes sometidas a histerectomía vaginal 8 de ellas presentaban el síntoma de sensación de cuerpo extraño, asociado en 3 de ellas con incontinencia urinaria de esfuerzo, una con dolor genital y otra con dispareunia. y por último la otra paciente presentaba cuadros de sangrado uterino anormal tipo hiperpolimenorrea. El promedio del tamaño del útero en estas pacientes fue de 8.6X4.9X3.2 cms sin presentar nódulos por leiomiomas.

Las 56 pacientes que finalmente resultaron con miomatosis uterina según el estudio histopatológico el promedio del tamaño del útero fue de 11.5X7.6X4.8 cms, de los nódulos de 4.42 cms y el diámetro endometrial promedio de 0.2 mm.

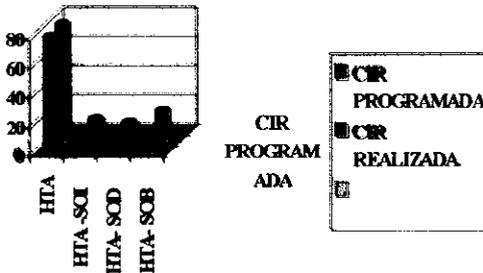
24 pacientes que por histología no presentaban miomatosis uterina el promedio del tamaño uterino fue de 8.5X5X4 cms, de las cuales 20 (83.3%) presentaban diferentes grados de adenomiosis.

Complicaciones inmediatas presentadas fue: retención aguda de orina y la enfermedad vascular cerebral, y en forma más tardía una fistula vesico-vaginal.

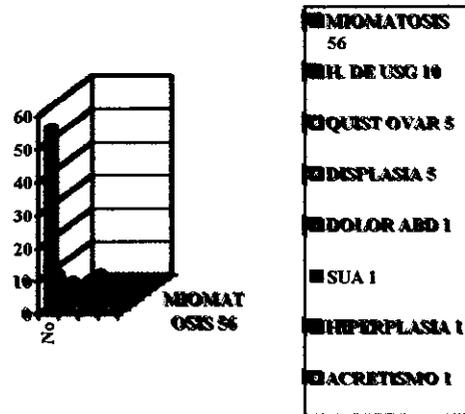
Los procedimientos realizados en comparación con los programados difieren en cuanto al

aumento en la realización de salpingooforectomias unilaterales en 18 casos y bilaterales en 21 pacientes, sin su respectivo estudio previo ni tratamiento de reemplazo hormonal en el postoperatorio.

RELACIONE DE CIRUGIAS PROGRAMADAS CON REALIZADAS



principal indicación de las mismas fue la miomatosis uterina, misma que solo se corroboró histopatologicamente en el 84.3% de los casos, por lo que consideramos que con el único parámetro diagnóstico de miomatosis uterina se programó a las pacientes para la histerectomía por vía abdominal, sin tomar en cuenta que la vía vaginal esta indicada en pacientes que tienen miomatosis, dismenorrea resistente a tratamiento médico y obesidad, siempre y cuando el tamaño del útero, miomas o anexas permitan la extirpación vaginal.



La paciente de 25 años de edad, sometida a laparotomía exploradora por dolor abdominal agudo se le realizó histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral, con resultados histopatológicos cuerpo blanco y amarillo hemorrágico, cervicitis aguda y crónica quística, endometrio proliferativo, tejido de granulación de cels gigantes y formación de folículos linfoides.

### CONCLUSIONES:

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que más se siguen realizando en el servicio de Ginecoobstetricia, de los dos tipos existentes de abordaje, la vía vaginal a demostrado múltiples ventajas sobre la vía abdominal, siempre y cuando las indicaciones, la evaluación integral y la experiencia del cirujano lo permitan. La edad promedio de 45 años continúa siendo la población de pacientes que más se someten al procedimiento.

El porcentaje de la operación vía abdominal esta establecida en promedio de un 70 a 75%. En nuestro estudio la histerectomía vía abdominal se efectuó en el 89.8% de los casos, donde la

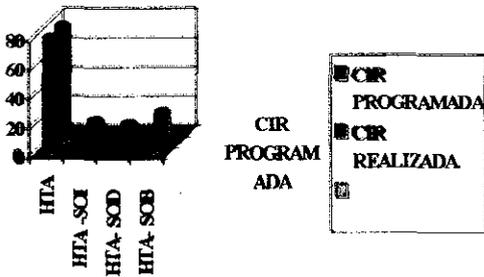
La experiencia del cirujano es considerada como de gran importancia para elegir la vía de abordaje quirúrgico, siendo ésta difícil su evaluación por los múltiples factores que influyen en la misma.

La cirugía vaginal se realizó en 9 pacientes (10.1%). Todas ellas por prolapso genital total, concluyendo que fue el único parámetro para la decisión de la vía de extirpación, sin tomar en cuenta los factores antes mencionados. En el estudio se observo que las pacientes con historia de sangrado uterino anormal o disfuncional, no llevaban un protocolo de tratamiento médico previo a la cirugía en forma adecuada y que no se les inicio ningún tratamiento médico en aquellas pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos.

La histerectomía de urgencias se realizó en 2 pacientes (2.24%) porcentaje mínimo comparada con las pacientes programadas, por lo que en la gran mayoría de los casos nos permiten poder realizar una evaluación integral, identificar las indicaciones y contraindicaciones de ambas vías y

aumento en la realización de salpingooforectomias unilaterales en 18 casos y bilaterales en 21 pacientes, sin su respectivo estudio previo ni tratamiento de reemplazo hormonal en el postoperatorio.

RELACION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS CON REALIZADAS



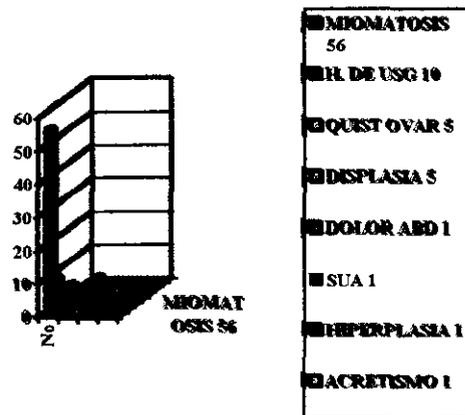
La paciente de 25 años de edad, sometida a laparotomía exploradora por dolor abdominal agudo se le realizó histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral, con resultados histopatológicos cuerpo blanco y amarillo hemorrágico, cervicitis aguda y crónica quística, endometrio proliferativo, tejido de granulación de cels gigantes y formación de folículos linfoides.

### CONCLUSIONES:

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que más se siguen realizando en el servicio de Ginecoobstetricia, de los dos tipos existentes de abordaje, la vía vaginal a demostrado múltiples ventajas sobre la vía abdominal, siempre y cuando las indicaciones, la evaluación integral y la experiencia del cirujano lo permitan. La edad promedio de 45 años continúa siendo la población de pacientes que más se someten al procedimiento.

El porcentaje de la operación vía abdominal esta establecida en promedio de un 70 a 75%. En nuestro estudio la histerectomía vía abdominal se efectuó en el 89.8% de los casos, donde la

principal indicación de las mismas fue la miomatosis uterina, misma que solo se corroboró histopatologicamente en el 84.3% de los casos, por lo que consideramos que con el único parámetro diagnóstico de miomatosis uterina se programó a las pacientes para la histerectomía por vía abdominal, sin tomar en cuenta que la vía vaginal esta indicada en pacientes que tienen miomatosis, dismenorrea resistente a tratamiento médico y obesidad, siempre y cuando el tamaño del útero, miomas o ancxos permitan la extirpación vaginal.



La experiencia del cirujano es considerada como de gran importancia para elegir la vía de abordaje quirúrgico, siendo ésta difícil su evaluación por los múltiples factores que influyen en la misma.

La cirugía vaginal se realizó en 9 pacientes (10.1%). Todas ellas por prolapso genital total, concluyendo que fue el único parámetro para la decisión de la vía de extirpación, sin tomar en cuenta los factores antes mencionados.

En el estudio se observo que las pacientes con historia de sangrado uterino anormal o disfuncional, no llevaban un protocolo de tratamiento médico previo a la cirugía en forma adecuada y que no se les inicio ningún tratamiento médico en aquellas pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos.

La histerectomía de urgencias se realizó en 2 pacientes (2.24%) porcentaje mínimo comparada con las pacientes programadas, por lo que en la gran mayoría de los casos nos permiten poder realizar una evaluación integral, identificar las indicaciones y contraindicaciones de ambas vías y

finalmente programar y realizar la histerectomía indicada en cada paciente.

La histerectomía obstétrica se presentó en un solo caso correspondiendo al 1.2% en este grupo.

Las complicaciones que se presentaron, fueron en pacientes que se les realizó histerectomía vaginal, la cual difiere de lo que menciona la literatura.

## **DISCUSION:**

Aunque no existen criterios quirúrgicos específicos para la realización de histerectomías vía abdominal o vaginal, es importante que en nuestro hospital se establezcan e integren estos criterios en base a indicaciones y contraindicaciones ya especificadas, con el apoyo de los médicos de base que mayor experiencia tengan al respecto, y así evaluar todas las posibilidades que tiene una paciente candidata a tratamiento quirúrgico de que sea sometida a cirugía vaginal para ofrecer las ventajas de la misma, así como también a los médicos residentes en formación nos transmitan sus experiencias y nos permitan conocer el campo quirúrgico que poco a poco se ha perdido por diferentes motivos.

finalmente programar y realizar la histerectomía indicada en cada paciente.

La histerectomía obstétrica se presentó en un solo caso correspondiendo al 1.2% en este grupo.

Las complicaciones que se presentaron, fueron en pacientes que se les realizó histerectomía vaginal, la cual difiere de lo que menciona la literatura.

## **DISCUSION:**

Aunque no existen criterios quirúrgicos específicos para la realización de histerectomías vía abdominal o vaginal, es importante que en nuestro hospital se establezcan e integren estos criterios en base a indicaciones y contraindicaciones ya especificadas, con el apoyo de los médicos de base que mayor experiencia tengan al respecto, y así evaluar todas las posibilidades que tiene una paciente candidata a tratamiento quirúrgico de que sea sometida a cirugía vaginal para ofrecer las ventajas de la misma, así como también a los médicos residentes en formación nos transmitan sus experiencias y nos permitan conocer el campo quirúrgico que poco a poco se ha perdido por diferentes motivos.

## BIBLIOGRAFIA:

1. -Thompson JD. Ginecología quirúrgica, Ed: Panamericana, 7ª Ed, Buenos aires 1993, Pag 627-646.
2. - Berek SJ, Hillard AP, Adashi YE. Ginecología de Novak, Ed Interamericana, 12ª Ed, México 1997, pag 727-62.
3. - Lee RA, Hagen VJ. Atlas de Cirugía ginecológica, Ed Interamericana, 1ª Ed, México 1995, Pag 151-175.
4. -Easterday CL, Grimes DA, Riggs JA. Hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol* 1983; 62:203-12.
5. -Stovall TG, Ling FW, Crawford DA. Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstet gynecol* 1990;75:676-9.
6. -Dawood MY. Current concepts in the etiology and treatment of primary dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scan Suppl* 1986;138: 7-10.
7. - Kovac SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995; 85:18-23.
8. -Copenhaver EH. Hysterectomy: Vaginal versus abdominal. *Surg Clin North Am* 1965; 45: 761-63-
9. - White SC, Wartel LJ, Wade NE. Comparison of abdominal and vaginal hysterectomies : a review of 600 operations. *Obstet Gynecol* 1971; 37: 530-7.
10. - Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States : The collaborative review of sterilization. *Am J. Obstet Gynecol* 1982; 144: 841-8.
11. - Coulan CB, Pratt JH. Vaginal hysterectomy; is previous pelvic operation a contraindication ? *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 252-60.
12. -Richardson AC, Lyon JB, Geraham EE. Abdominal hysterectomy: relationship between morbidity and surgical technique. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 115: 953-61.
13. - Copenhaver E.H. Vagina hysterectomy : an analysis of indications and complications among 1000 operations . *Am J Obstet Gynecol* 1962; 84: 123-8.
14. - Hirsch HA, Kaser , Iklé FA. Atlas de Ginecología Quirúrgica . Ed Marban, 5ª Ed, España 1997, Pag 221-50.
15. - Boyd EM. Cirugía Ginecológica principios y práctica, Ewd prado, 1ª Ed, México 1994, pag 69-95.
16. - Friedman AJ, Hass ST. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas?. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 751-5.
17. -Coddington CC, Collins RL, Shawker TH. Long-acting gonadotropin hormone-releasing analog used to treat uteri. *Fertil Steril* 1986; 45: 624-9.
18. - Milsson L, Rybo G. Treatment of menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 110; 713-20.
19. - Gambone JC, Reiter RC. Nonsurgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 205-11.
20. - Drife J. Conserving the cervix at hysterectomy. *Br Obstet Gynecol* 1994; 101: 563-4.
21. - Sheth SS. The place of oophorectomy at vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 662-6.
23. - Nichols DH, Randall CL. Vaginal surgery. 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989: 206-9.
24. -Thopson JD, Birch HL. Indications of hysterectomy . *Clin Obstet Gynecol* 1981: 24: 1245-48.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA