



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

*“HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL,
CORRELACION CLINICA E HISTOPATOLOGICA EN
EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA”*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. VERONICA GUADALUPE CASTRO MONTERO.

Hermosillo, Sonora a septiembre 2002.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA



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 AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL. CORRELACIÓN CLÍNICA E
HISTOPATOLÓGICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA.
ENERO DE 1998 A DICIEMBRE DEL 2000.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. VERÓNICA GUADALUPE CASTRO MONTERO


DR. FELIPE ARTURO MÉNDEZ VELARDE
Profesor titular del curso y asesor de tesis


DR. RAMIRO GARCÍA ÁLVAREZ
Director de Enseñanza e Investigación
Hospital Infantil del Estado de Sonora


DR. NORBERTO SOTELO CRUZ
Director General del Hospital Infantil del Estado de Sonora


DR. OCTAVIO GARCÍA SANTANA
Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia
Asesor de tesis


DR. GUILLERMO LÓPEZ CERVANTES
Jefe del Departamento de Patología
Asesor de tesis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A Dios... Por llenar mi vida de bendiciones y por permitirme llegar hasta donde hoy me encuentro.

A mis padres... Por su amor incondicional y por estar ahí a mi lado siempre que los he necesitado. Los quiero mucho.

A mis hermanas... Carmen y Marcela mis amigas desde la infancia, siempre apoyándome en todo momento. Gracias.

A mi mejor amigo, esposo y padre de mi hijo... Marcelino, gracias mi amor por llegar en el momento justo a mi vida y por compartir esos bellos momentos. Te amo.

A mi pequeño Eduardito... De quien espero con ansias su llegada y por ser el motor que desde hoy mueve mi vida.

A mis maestros, compañeros de residencia y personal del Hospital General de Cd. Obregón y Hospital Infantil del Estado de Sonora por todos los momentos y conocimientos compartidos, al Dr. Octavio García Santana mi asesor de tesis, al Dr. Felipe Méndez Velarde y muy en especial al Dr. Guillermo López Cervantes también asesor de tesis, por su apoyo y disponibilidad para la realización de éste trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	4
Problema.....	10
Hipótesis.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Particulares.....	11
Tipo de Investigación.....	12
Justificación.....	12
Material y métodos.....	12
Resultados.....	14
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	29
Bibliografía.....	30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d

RESUMEN

Titulo: Histerectomía Total Abdominal Correlación clínica e histopatológica en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, Enero de 1998 a Diciembre del 2000.

Autor: Dra. Verónica Guadalupe Castro Montero. Médico residente del 4to año de Ginecoobstetricia

Asesor: Dr. Octavio García Santana. Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia
Dr. Felipe Méndez Velarde. Jefe de Enseñanza de Ginecoobstetricia

Dr. Guillermo López Cervantes. Jefe del Departamento de Patología y Presidente del Comité de Investigación

Objetivo: Conocer la correlación entre la clínica y la histopatología de la Histerectomía Total Abdominal realizadas en el Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo comprendido del 1ro de Enero de 1998 al 31 de Diciembre del 2000

Material y métodos: Se revisaron 483 expedientes de manera retrospectiva de pacientes a quienes se les realizó histerectomía total abdominal en el periodo comprendido del 1ro de Enero de 1998 al 31 de Diciembre del 2000, valorando principal indicación, su diagnóstico de ingreso, complicaciones presentadas, manejo de las mismas, reporte histopatológico y seguimiento por la consulta externa. Como criterios de exclusión se tomaron aquellas pacientes operadas en otra institución y con reporte histopatológico en otro departamento, así como aquellas con expediente clínico incompleto.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Resultados: Se revisaron un total de 483 expedientes. El grupo de edad más frecuente fue el de 41 a 50 años (234 pacientes), seguido del grupo de 31 a 40 (143 pacientes). La edad promedio en la menarca fue a los 13 años (122 pacientes) contando la mayoría de estas con un ritmo regular (449 mujeres), siendo también eumenorreicas (348). La edad de inicio de vida sexual activa fue en general a los 18 años con 73 pacientes, en su mayoría con 1 sólo compañero sexual (308). Se encontró reporte de Papanicolaou normal en la mayoría de los casos (341) y como método contraceptivo el más utilizado fue la salpingoclasia bilateral (223). La paridad que se observó con mayor frecuencia fue de 2-5 (327). 290 pacientes contaron con valoración prequirúrgica incluidas en este grupo la mayoría de pacientes con edad por arriba de 40 años. La cirugía que más se realizó fue histerectomía total abdominal con 216 pacientes, seguida de histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral con 114 pacientes, del total sólo se complicaron 52 pacientes y las complicaciones detectadas fueron 13 dehiscencias de heridas quirúrgicas y 11 lesiones vesicales. El diagnóstico de ingreso que con mayor frecuencia se presentó y siendo la principal indicación de cirugía fue la miomatosis uterina con 223 casos, seguido del CaCu in situ (60), displasia cervical persistente (48) e hiperplasia endometrial con 46. Como diagnóstico ultrasonográfico el más común fue miomatosis con 225 casos, seguido de hiperplasia endometrial con 33 pacientes, 120 pacientes no tenían ultrasonido a su ingreso y 54 lo reportaban normal. El diagnóstico histopatológico reportado fue de leiomioma en 213 pacientes, seguido de CaCu in situ (56), hiperplasia endometrial (54) y displasia cervical persistente en 45

1315 CON
FALLA DE LIBREIN

pacientes. La sintomatología que se presentó en la mayoría de las pacientes fue la hiperpolimenorrea (258), asintomáticas (103) y dolor pélvico crónico (36). En el seguimiento por la consulta externa 299 pacientes fueron dadas de alta, 78 se encuentran en terapia de reemplazo hormonal y 58 con Papanicolaous de control.

Conclusiones: Con el presente estudio podemos concluir que en efecto existe una buena correlación tanto clínica e histopatológica en este tipo de pacientes, resumiendo de esta manera que se esta llevando a cabo una buena valoración en estas mujeres, contando además como herramienta de apoyo altamente sensible como lo es el ultrasonido dándonos cuenta también de que son pocas las complicaciones que se presentan con este tipo de cirugía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa el útero, órgano de la reproducción de la mujer. La histerectomía vaginal precedió en mucho a la abdominal (1). Ephraim McDowell (1817) estableció la propiedad de la cirugía abdominal para las masas de ovario cuando realizó la primera ovariectomía en los E.U. en 1809. Obviamente muchos úteros miomatosos nunca pudieron extirparse a través de la vagina y un gran tumor miomatoso fué la primera indicación de la primera histerectomía abdominal publicada, aunque el diagnóstico preoperatorio era incorrecto(2). En 1842 Heath de Manchester, Inglaterra, abrió el abdomen y planificó realizar una ovariectomía cuando se encontró con un gran útero miomatoso, procedió a realizar histerectomía supracervical mediante el pasaje de ligaduras a través del segmento uterino inferior.

En Junio de 1853 Walter Burnham (1854), de Lowell, Massachussets realizó la primera histerectomía abdominal supracervical exitosa por miomas que también había diagnosticado erróneamente en el preoperatorio como un tumor de ovario. Gilman Kimball (1855), también de Lowell fué el primero en diagnosticar correctamente miomas uterinos en el preoperatorio y efectuó una histerectomía abdominal para esa indicación en septiembre de 1853 (3).

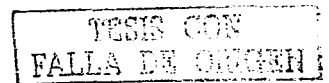
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Wilhelm Freund (1878) de Strassberg publicó la primera histerectomía abdominal efectuada por cáncer cervical. Este cirujano describió muchos principios que se aplican actualmente.

Otros ginecólogos complementaron el trabajo de Freund expandiendo el alcance de la histerectomía abdominal para cáncer cervical.

En 1894 Mackenrodt (Alemania) describió un procedimiento vaginal-abdominal combinado en el cual la vagina superior era disecada y extirpada desde abajo y luego el útero y el cuello con todo el tejido parametrial posible eran extirpados por la vía abdominal (Mathieu 1934). Trabajando de manera independiente Emil Reis en Chicago, un estudiante adelantado de Freund y John Clark, un residente de Howard Kelly en la Johns Hopkins University, publicaron en 1895 una histerectomía abdominal ampliada para cáncer cervical, que incluía la disección amplia de los parametrios, la extirpación de la vagina superior y una disección selectiva de los ganglios linfáticos pelvianos (Clark 1895, Reis, 1895). En Viena Ernest Wertherm comenzó sus series de histerectomías abdominales radicales para cáncer cervical en 1898 y popularizó mucho el procedimiento que ahora lleva su nombre. Este cirujano publicó una serie de 500 operaciones.

Estos hitos históricos en el desarrollo de la histerectomía vaginal y abdominal demuestran que la remoción del útero, aunque en extremo riesgosa para la vida, fué continuamente perfeccionada y defendida como la curación de, uno de los síndromes desesperantes del sexo femenino durante el siglo XIX y comienzos del XX..



Se consideraba imposible que se llevara a cabo con éxito la remoción abdominal del útero por leiomiomas o por cualquier otro motivo. Se realizaron miomectomías preliminares, la primera exitosa se realizó el 28 de Agosto de 1844. De las primeras histerectomías abdominales realizadas, las principales causas de mortalidad eran por hemorragia e infección (4). Heath fué el primero en ligar ambas arterias uterinas, una idea novedosa en ese momento que fue olvidada casi durante 50 años, mientras la hemorragia continuaba siendo un problema operatorio y postoperatorio común y a menudo letal.

La primera histerectomía abdominal deliberadamente planificada por leiomiomas uterinos fué llevada a cabo en 1846 por John Bellinger, en Charleston, Carolina del Sur falleciendo la paciente en el postoperatorio inmediato por hemorragia. Sin embargo se acredita a Walter Burham de Lowell, la realización de la primera histerectomía exitosa, aunque no planificada, por leiomiomas uterinos el 26 de Junio de 1853.

El 1ro de Septiembre de 1853 G. Kimball, en Lowell, Massachussets, fué la primera persona en realizar en forma deliberada y exitosa una histerectomía abdominal con un diagnóstico preoperatorio correcto de leiomiomas uterinos. En general la mortalidad quirúrgica de la histerectomía abdominal era del 80 al 90%. El éxito de la cirugía depende del control del dolor, el control de la infección y del control de la hemorragia (5). Durante el siglo XVI se tuvieron notables comienzos en el control del dolor y la infección quirúrgica, además de que se emplearon ligaduras para los vasos sangrantes y las pinzas arteriales fueron inventadas. Sin

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

embargo, no se dispuso de información respecto de la fisiopatología de la hemorragia y el shock y de transfusiones sanguíneas hasta el siglo XX. Estos y otros descubrimientos fueron importantes en el desarrollo de la histerectomía como una intervención quirúrgica aceptable.

En las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se comenzó a utilizar con más frecuencia en el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos (6). Durante este periodo, la ginecología como especialidad recién estaba saliendo de su infancia. El tratamiento quirúrgico de las enfermedades ginecológicas recibió el mayor énfasis por motivos comprensibles. Los ginecólogos no disponían de mucho más para ayudar a sus pacientes.

Actualmente, en la práctica moderna de la ginecología, el uso apropiado de este conocimiento y las técnicas diagnósticas modernas avanzadas permiten una elección más correcta del tratamiento y el uso del tratamiento quirúrgico solo cuando está indicado (7). Con el mejor reconocimiento y tratamiento de las enfermedades médicas complicantes, con el uso apropiado de las transfusiones de sangre y los antibióticos y con las mejoras de las técnicas anestésicas, el hábil cirujano ginecólogo actual puede realizar una histerectomía en forma bastante segura. La mortalidad por histerectomía en la mayoría de los centros médicos es de 2 por 1000 (8). No obstante, la morbilidad continua siendo un problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se pueden producir complicaciones de algún tipo en hasta el 25% de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y en el 50% de aquellas sometidas a histerectomía abdominal. Algunas complicaciones pueden ser severas (infección, hemorragia, lesión del tracto urinario e intestinal y embolia pulmonar) (9).

Los conocimientos que son necesarios para formular indicaciones apropiadas para la histerectomía incluyen primariamente una comprensión cabal de la fisiología y la patología de los órganos reproductores femeninos. Las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas y el desarrollo psicosocial sexual normal y anormal.

Sobre la base de un informe del National Center for Health Statistics, Pukras y Hufnagel citan algunas estadísticas interesantes en relación con la histerectomía. De los 97 millones de mujeres de 15 años o más en los E.U. en 1895, aproximadamente 18.5 millones habían sido sometidas a una histerectomía. La edad promedio de las pacientes sometidas a una histerectomía fué de 42.7 años con una media de 40.9. Las indicaciones más comunes para la histerectomía fueron leiomiomas (26.8%), prolapso (20.8%), endometriosis (14.7%), cáncer (10.7%) e hiperplasia endometrial (6.2%), el 20.7% restante incluyó transtornos en la menstruación y sangrado anormal, enfermedades del parametrio o el peritoneo pelviano, enfermedades infecciosas y otras enfermedades del cerviz una catástrofe obstétrica y neoplasias benignas distintas de los leiomiomas (10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una revisión más reciente de las histerectomía en los E.U., 1988-1990, fué publicada por Wilcox y colaboradores de los Centres for Disease Control and Prevention. Estos investigadores estimaron que 1.7 millones de mujeres en los E.U. fueron sometidas a una histerectomía entre 1988 y 1990; la tasa global fué de 56.8 procedimientos por 10,000 mujeres de 15 años y más edad. La tasa fué fuertemente influida por la edad y llegó a un pico de 100.5 histerectomías por 10,000 mujeres de 30 a 54 años, constituyeron el 74% de todas las histerectomías en los E.U. el porcentaje de mujeres que han sido sometidas a una histerectomía es de alrededor del 20% hacia los 40 años y del 37% hacia los 65 años (11). La cantidad y la tasa de histerectomías han disminuído desde la década de 1970.

TESIS CON
FALLA DE CIEGEN

PROBLEMA

Se desconoce la epidemiología en la correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en las pacientes a las que se les realizó Histerectomía Total Abdominal en el Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo comprendido del 1ro de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2000

HIPÓTESIS

En el Hospital Infantil del Estado de Sonora existe una correlación estrecha entre el diagnóstico clínico y el reporte histopatológico en las pacientes operadas de Histerectomía Total Abdominal.

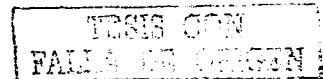
OBJETIVO GENERAL

Conocer la correlación clínica e histopatológica en Histerectomía Total Abdominal realizadas en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en el periodo comprendido del 1ro de Enero de 1998 al 31 de Diciembre del 2000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS PARTICULARES

- ° Conocer la incidencia de Histerectomía Total Abdominal en el servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital Infantil del Estado de Sonora
- ° Identificar las principales indicaciones de Histerectomía Abdominal
- ° Evaluar la utilidad del ultrasonido como método diagnóstico
- ° Conocer el reporte histopatológico final
- ° Evaluar la morbilidad de dichas pacientes mediante su seguimiento por la consulta externa
- ° Analizar la epidemiología en Histerectomía Total Abdominal.



TIPO DE INVESTIGACIÓN

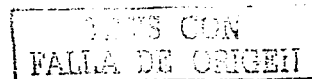
- ° Retrospectivo
- ° Observacional
- ° Descriptivo
- ° Transversal

JUSTIFICACIÓN

Conocer las indicaciones de la Histerectomía Total Abdominal y su correlación anatomopatológica, nos permitirá elaborar mejores propuestas para el manejo y seguimiento de éste tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo donde se revisaron un total de 483 expedientes de pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Total Abdominal en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo comprendido del 1ro de Enero de 1998 al 31 de Diciembre del 2000.



A dichas pacientes se revisaron las siguientes variables:

- ° Edad
- ° Menarca
- ° Inicio de vida sexual activa
- ° Papanicolaou
- ° Paridad
- ° Diagnóstico de ingreso
- ° Diagnóstico ultrasonográfico
- ° Sintomatología
- ° Cirugía realizada
- ° Complicaciones
- ° Diagnóstico histopatológico así como evolución mediante su seguimiento por la consulta externa

Los datos obtenidos fueron a través del expediente clínico adquirido por medio del archivo clínico del área de Ginecología y capturando los datos en una hoja especial diseñada con tal fin.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

El grupo de edad predominante de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Total Abdominal fué de los 41 a los 50 años con un total de 234 pacientes, seguido del grupo de 31 a 40 con 143 pacientes

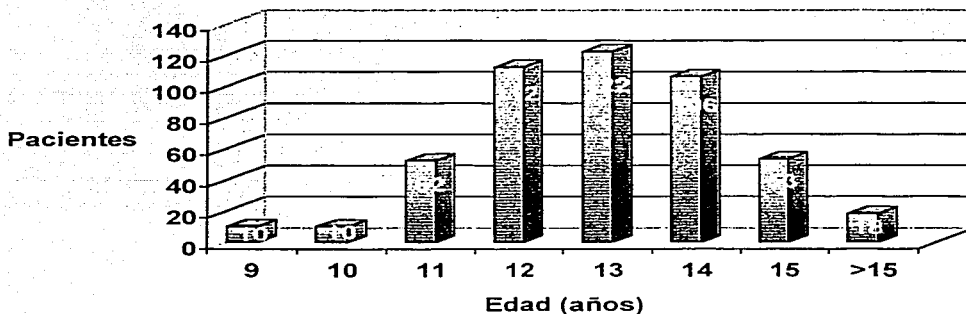
CUADRO 1. CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

Edad (años)	No. de casos	Porcentaje
20-30	32	6.6%
31-40	143	29.6%
41-50	234	48.4%
51-60	50	10.3%
61-70	14	2.8%
>70	10	2.07%
Total	483	100%

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Dentro de los antecedentes Ginecoobstétricos, los cuales considero de vital importancia ya que cada uno de ellos actúa de manera definitiva en las diferentes patologías las cuales son indicativas de realizar éste tipo de cirugía, encontramos que el inicio de la menarca fue a los 13 años con 122 pacientes, de las cuales la mayoría cuenta con ciclos regulares y son eumenorreicas. Estos grupos se presentan en la gráfica 1

GRAFICA 1. INICIO DE LA MENARCA



IMPRESO EN
FALLA DE ALBERN

Según los antecedentes ginecológicos el promedio de inicio de vida sexual activa fué de los 16 a los 19 años con 206 pacientes (en promedio general a los 18 años con 73 mujeres). Se observó además que la mayoría de éstas pacientes cuentan con un solo compañero sexual (308), existiendo un bajo grado de promiscuidad.

En el cuadro 2, se indica el inicio de vida sexual activa que presentó la población estudiada.

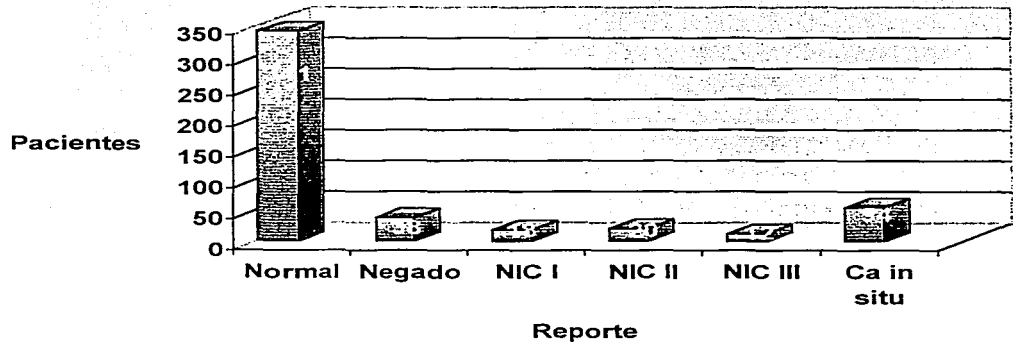
CUADRO 2. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Edad (años)	No. de casos	Porcentajes
12-15	78	16.14%
16-19	206	42.65%
20-23	120	24.84%
24-27	44	9.10%
28-31	22	4.55%
Nubil	13	2.69
Total	483	100%

TESTE CON
FALLA DE ORIGEN

En nuestro servicio, a todas las pacientes que serán operadas de Histerectomía Total Abdominal, se les realiza previamente Papanicolaou, observando que en su mayoría se encontró normal con un total de 341 pacientes, seguido de CaCu in situ en 54 pacientes y la displasia persistente en cualquiera de sus grados con un promedio de 50 pacientes. En la gráfica 2 se muestran estos resultados

GRAFICA 2. REPORTE DE PAPANICOLAOU



TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

Según los antecedentes obstétricos, es alta la paridad en nuestra población, siendo el grupo de 2 a 5 gestaciones el predominante con 327 pacientes, seguidos del grupo de 6 a 10 gestaciones donde se reportaron un total de 88 pacientes.

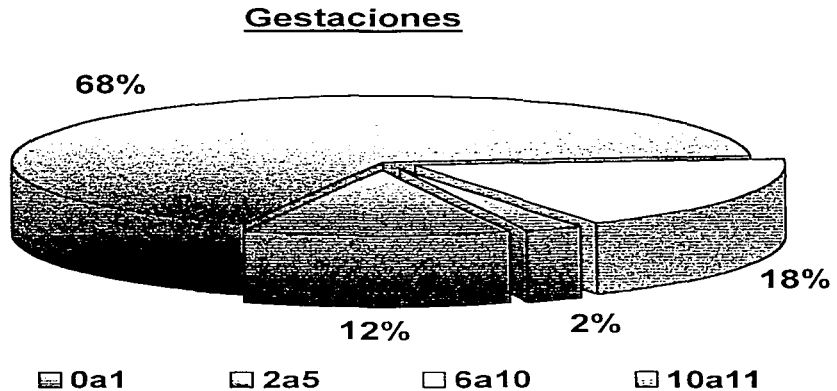
En el cuadro 3, se indica el número de gestaciones que presentaron la población estudiada

CUADRO 3. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

No. de gestas	No. de casos	Porcentajes
0-1	56	11.59%
2-5	327	67.70%
6-10	88	18.21%
>11	12	2.48%
Total	483	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



El diagnóstico principal que llevó a la realización de histerectomía abdominal fue la miomatosis uterina con un total de 223 pacientes, seguidas de CaCu in situ con 54 pacientes y de displasia persistente en cualquiera de sus grados con 50 pacientes. En el cuadro 4, se observan las indicaciones más frecuentemente reportadas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO 4. DIAGNOSTICO DE INGRESO

Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
Miomatosis	223	46.16%
Ca Cu in situ	72	11.18%
NIC persistente	48	10.35%
Hiperplasia endom.	36	7.45%
SUA rebelde a tx	24	4.96%
Masa pélvica	17	3.51%
Adenomiosis	13	2.69%
Ca de endometrio	10	2.07%
Dolor crónico	5	1.03%
Otros *	51	10.55%
Total	483	100%

*Incluye mola persistente, sangrado posmenopáusico, perforación uterina, embarazo ectópico, pólipo endometrial, endometriosis.

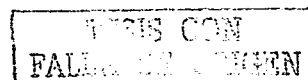
CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al diagnóstico ultrasonográfico también correspondió en 1er lugar a la miomatosis uterina con 225 pacientes, a 120 pacientes no se les realizó, cabe aquí señalar que como se observó anteriormente dado que la 2 y 3ra indicación quirúrgica fueron el CaCu insitu y la displasia persistente, normalmente a este tipo de pacientes no se les realiza ultrasonido ya que el diagnóstico se realiza por Papanicolaou y biopsia cervical, en 54 pacientes el reporte ultrasonográfico fue normal. Representando en el siguiente cuadro los resultados obtenidos

CUADRO 5 DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN REPORTE ULTRASONOGRAFICO

Reporte	No. de casos	Porcentajes
Miomatosis	225	46.58%
No tiene	120	24.84%
Normal	54	11.18%
Hiperplasia endom.	33	6.83%
Otros*	26	5.38%
Adenomiosis	13	2.69%
Quiste de ovario	12	2.48%
Total	483	100%

*Ca de ovario, adenomiosis vs miomatosis, hiperplasia + miomatosis.



La principal sintomatología presentada fué la hiperpolimenorrea, la cual se observó en 258 pacientes, 103 pacientes se reportaron asintomáticas (incluyendo en estas a las que presentaron CaCu in situ y displasia persistente) y como tercer grupo fueron aquellas pacientes con dolor pélvico crónico con un total de 36 mujeres.

CUADRO 6. SIGNOS Y SINTOMAS

Síntomas	No. de casos	Porcentaje
Hiperpolimenorrea	258	53.41%
Asintomática	103	21.32%
Dolor pélvico crónico	36	7.45%
Masa abdominal	34	7.03%
Sangrado posmenopáusico	16	3.31%
Dismenorrea	11	3.27%
Otros*	10	2.07%
Sangrado poscoital	8	1.65%
Abdomen agudo	7	1.44%
Total	483	100%

*Atonía uterina, sensación de cuerpo extraño, persistencia de GCH

TESIS CON
FALLA DE CUBRER

Dentro del tipo de cirugía realizada con mayor frecuencia se encontró la Histerectomía Total Abdominal con 216 pacientes, seguida de la H.T.A. más S.O.B. en 114 pacientes, reportándose en el siguiente cuadro el reporte de dichas cirugías

CUADRO 7. CIRUGÍA REALIZADA

Cirugía	No. de casos	Porcentaje
HTA	216	44.72%
HTA + SOB	114	23.60%
HTA + SOD	75	15.52%
HTA + SOI	53	10.97%
Otros*	16	3.31%
HTA + SOB + A + O	9	1.86%
Total	483	100%

*HTA + BURCH, HTA + miomectomía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tasa de complicaciones fué baja, presentándose en un total de 52 pacientes, representando aproximadamente el 10.72% del total de la población estudiada, la principal complicación presentada fué la dehiscencia de herida quirúrgica con 13 casos, seguido de la lesión vesical en 11 pacientes. En el siguiente cuadro se muestran la complicaciones presentadas en este tipo de cirugía

CUADRO 8. COMPLICACIONES

Complicación	No. de casos	Porcentaje
Dehiscencia	13	2.69%
Lesión vesical	11	2.27%
Cúpula sangrante	7	1.44%
Granuloma	7	1.44%
Otros*	6	1.24%
Hemorragia	4	0.82%
Desgarro vaginal	4	0.82%
Total	52	10.72%

*Prolapso de cúpula vaginal, absceso pélvico, eventración, fistula vesicovaginal, incontinencia urinaria de esfuerzo, textiloma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Y finalmente en cuanto al reporte histopatológico de las piezas quirúrgicas el principal fue de leiomiomatosis presentada en 213 pacientes, seguida de CaCu in situ en 56 e hiperplasia endometrial en 54, la displasia persistente en cualquiera de sus grados se presentó en 45 pacientes.

CUADRO 9. RELACION DE PACIENTES SEGÚN REPORTE HISTOPATOLÓGICO

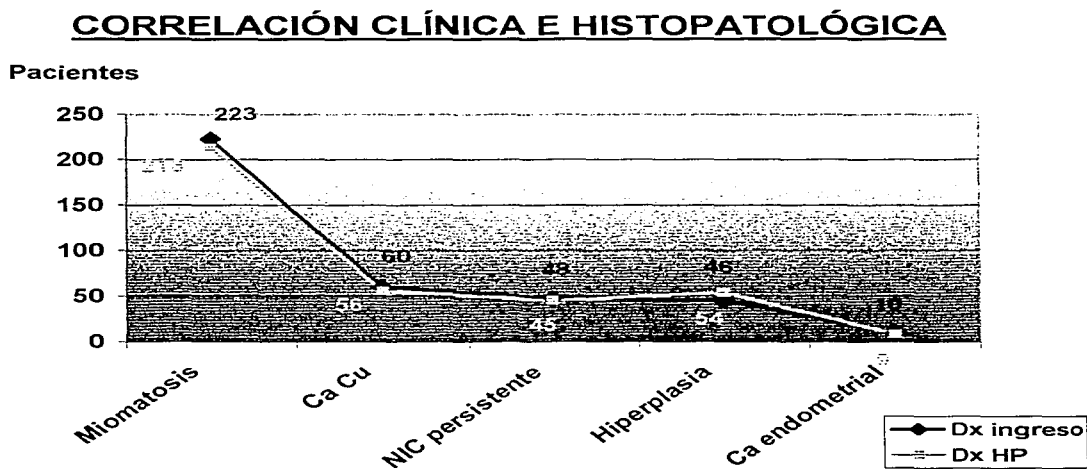
Reporte	No. de casos	Porcentaje
Leiomioma	213	44.09%
Ca Cu in situ	56	11.59%
Hiperplasia	54	11.18%
Cervicitis	51	10.55%
NIC persistente	45	9.31%
Otros*	27	5.59%
No reporte	14	2.89%
Ca endometrial	9	1.86%
Cistoadenoma	8	1.65%
Pólipo endometrial	6	1.24%
Total	483	100%

*Ca de ovario, leiomiomasarcoma uterino, adenomiosis, endometriosis.

TESIS CON
FALLA DE CALIBRE

En la siguiente gráfica se muestra que efectivamente existe una buena Correlación tanto clínica como histopatológica en las pacientes a las que se les realiza Histerectomía Total Abdominal en nuestro departamento

GRAFICA 3. CORRELACION CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Se concluye con el presente estudio que el abordaje abdominal es realizado con frecuencia y con buenos resultados en la cirugía ginecológica que se está realizando en el departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

A manera de conclusión se resaltan los siguientes puntos:

- ° Existe una buena correlación clínica e histopatológica en éste tipo de pacientes, resumiendo de ésta manera que se está llevando a cabo una buena valoración integral.
- ° El grupo de edad que se somete a cirugía abdominal (histerectomía) en el Hospital Infantil del Estado de Sonora con más frecuencia es el de 41 a 50 años
- ° Como antecedentes ginecoobstétricos el inicio de la menarca es aproximadamente a los 13 años, en su mayoría con ritmo regular y eumenorreicas
- ° El inicio de vida sexual activa fué en promedio a los 18 años y la mayoría de las pacientes cuenta con el antecedente de 1 solo compañero sexual

TESIS CON
FALLA DE REGISTRO

- ° El método contraceptivo mas utilizado en la SCB, seguido de aquellas pacientes que niegan método alguno
- ° Nuestras pacientes en su mayoría son multigestas, con un promedio de 2 a 5 gestaciones
- ° La cirugía ginecológica con abordaje abdominal mas frecuentemente realizada fué la Histerectomía Total Abdominal, seguida de la HTA mas SOB
- ° La indicación principal fué miomatosis uterina, CaCu in situ y displasia cervical persistente en sus diferentes grados
- ° La complicación que con mayor frecuencia se encontró fue la dehiscencia de herida quirúrgica y la lesión vesical
- ° El diagnóstico ultrasonográfico de mayor frecuencia fué la miomatosis uterina
- ° La sintomatología principalmente presentada en este tipo de pacientes fué la hiperpolimenorrea y.....
- ° El reporte histopatológico princip al fué de leiomioma, seguido de CaCu in situ y displasia cervical persistente
- ° La evolución de la paciente posterior al evento quirúrgico se llevó a cabo a través de la consulta externa en su mayoría dadas de alta y en 2do término encontrandose bajo terapia de reemplazo hormonal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECOMENDACIONES

- ° Realizar una exploración clínica exhaustiva a toda paciente, integrando un diagnóstico clínico presuntivo
- ° Auxiliarnos del ultrasonido, tomando en cuenta que éste es sólo un método de apoyo mas nunca diagnóstico
- ° No permitir que el ultrasonido sustituya un exámen pélvico.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

ESTÁ TENDIENDO A
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA

1. Rock, J.A. Thompson, J.D. Ginecología quirúrgica TeLinde. 8va edición, Editorial Médica Panamericana 1998: 793-797
2. Kobayashi: Atlas de ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia. Editorial Panamericana 1980: 130
3. Copeland L.J., Jarrell J.F. Mc Gregor J. A. Ginecología 1ra edición, editorial médica Panamericana 1994: 762-779
4. Nava y Sánchez, R. Bravo. S.J. Morbimortalidad en la Histerectomía Abdominal, Ginecología y Obstetricia de México 1973; 34:337
5. Chiysikopoulous A, Loghis C Indications and results of total hysterectomy. Int Surg 1986; 71:188-194
6. Wright, R.C. Hysterectomy: past; present and future. Obstet Gynecol 1969; 33:560
7. Nezhart F, Nezhart C. Gordon S, Wilkins E. Laparoscopic versus hysterectomy. J. Reprod. Med. 1992; 38:558-560
8. Wingo PA, Huerdo CM, Rubin GL, Ory HW, Peterson HB. The mortality associated with hysterectomy. Am. J Obstet Gynecol 1985; 152:803-808
9. Andersen, T.F. Loft, A. Bronnum H.H. Complications after hysterectomy. Obstet Gynecol. 1993;72:570-577
10. Clarke, A. Black, N. Rowe P, Mott, S. Howlek. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: Br J Obstet Gynecol 1995;102:611-620
11. Berek, J. Hillard, P. Adashi, E. Ginecología de Novak 12va edición, editorial Mc Graw-Hill interamericana 1995; 727-763

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN