

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER



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.



“INCIDENCIA DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE MALIGNIDAD EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE PATOLOGÍA BENIGNA”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
FONSECA LOPEZ ELIPSA GUADALUPE

ASESOR: DR. PICHARDO

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
	4
➤ HISTORIA	4
➤ DEFINICIÓN	5
➤ CONSIDERACIONES ANATÓMICAS	8
➤ CLASIFICACIÓN DE LAS HISTERECTOMÍAS	8
➤ CLASIFICACIÓN DE PIVER EN HISTERECTOMÍA POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO	9
➤ INDICACIONES APROPIADAS PARA LA HISTERECTOMÍA	18
➤ INDICACIONES DIVERSAS Y POCO HABITUALES	19
➤ INDICACIONES INAPROPIADAS PARA LA HISTERECTOMIA	21
➤ HISTERECTOMÍAS INNECESARIAS	21
➤ VÍAS DE ACCESO EN LA HISTERECTOMÍA	22
➤ TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LAPAROTÓMICA EN PROCESOS BENIGNOS	25
➤ COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	27
➤ COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA	29
➤ COMPLICACIONES URINARIAS DE LA HISTERECTOMÍA	30
➤ CUIDADOS POSOPERATORIOS	32
➤ RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO HOSPITALARIO	32
➤ ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA HISTERECTOMÍA	
JUSTIFICACIÓN	34
PREGUNTA DE INVESTIGACION	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
OBJETIVOS	36
HIPOTESIS:	37
MATERIAL Y MÉTODOS	37
RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	45
ANEXOS	46
BIBLIOGRAFIA	51

DRA MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZÚÑIGA

DIRECTORA

DR.JOSÉ JESUS PRADO ALCÁZAR

JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR PICHARDO

ASESOR

INTRODUCCIÓN

El Hospital de la Mujer es un centro de referencia para numerosos servicios de salud en el Distrito Federal y el Estado de México; por su alta demanda, constituye un centro muy importante de consultas ginecológicas. Uno de los motivos de consulta más frecuente es el sangrado uterino anormal.

La mayoría de las mujeres siempre han sido sanas en su aparato genital, pero en ocasiones se llega a desarrollar alguna patología de dicho aparato.

Hay referencias históricas del cáncer de cérvix, de hemorragias genitales y de prolapso uterino (de este último, incluso, se conocen tratamientos quirúrgicos que no produjeron buenos resultados), entre otras enfermedades.

Cuando en el siglo XVII se estableció, en algunos países europeos, la obligación de hacer autopsias a los pacientes que morían en los hospitales, se fueron descubriendo muchas enfermedades y aparecieron las explicaciones de los cuadros clínicos⁵.

Al siglo XIX se le conoce, en la historia de la medicina, como el Siglo de la Cirugía porque se logró la extirpación de tumores ováricos conservando la vida de las pacientes. También en el siglo XIX descubrieron la anestesia, las bacterias, se aportó la antisepsia, la esterilización de los instrumentos y ropa quirúrgica, se inventaron los guantes de hule que pudieron esterilizarse y se fue avanzando en los materiales de sutura.

El pasado Siglo XX benefició mucho a la cirugía pues se adelantó grandemente en la bacteriología, la inmunología, la hemodinamia, el conocimiento del estado de choque, la anestesia por bloqueo de la conducción nerviosa periférica, se descubrieron los antimicrobianos y antibióticos, se mejoraron las técnicas de la asepsia y la antisepsia, se progresó considerablemente en la tecnología y se alcanzó la cirugía endoscópica⁵.

La Histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados más a menudo; después de la operación cesárea, ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores más frecuentes en Estados Unidos¹².

En 1965 se efectuaron 426 000 Histerectomías en el país mencionado, con una duración promedio de estancia en el hospital de 12.2 días. Este número llegó a su máximo en 1985, año en que se informaron 724 000 procedimientos con una disminución de la estancia en el hospital a 9.4 días. Desde esa época ha disminuido el número de Histerectomías, y en 1991 se efectuaron solo 54 000 en Estados Unidos, con una duración promedio de la estancia en el hospital de 4.5 días.

De estas 54 000 histerectomías, 408 000 (75%) se efectuaron por vía abdominal y 136 000 (25%) por vía vaginal. Por medio de las tasas de histerectomía especificadas en 1987 y de acuerdo a las proyecciones de población calculada por el U.S Census Bureau, se efectuaron 824 000 Histerectomías en el año 2007⁷.

La tasa de Histerectomías efectuadas en Estados Unidos ha variado entre 6.1 y 8.6 por 1 000 mujeres de todas las edades; las de 20 a 49 años constituyeron el segmento más grande de la población femenina que se sometió al procedimiento. La edad promedio de las que se sujetan al procedimiento es de 42.7 años, y la mediana de 40.9 años, y se ha conservado constante durante los últimos decenios.

Cerca de 75% de todas las histerectomías se efectúan en mujeres de 20 a 49 años. Las tasas de este procedimiento quirúrgico varían según la región del país. La tasa global más elevada se produce en los estados del sur, en los que tiende a ser más elevada para las mujeres de 15 a 44 años de edad.

Las tasas más bajas se han conservado sostenidamente en la porción del noreste de Estados Unidos¹².

A pesar de todo esto, las mujeres siguen enfermándose y muchas enfermedades requieren una Histerectomía. Muy poco se ha logrado para prevenir los padecimientos que indican la exigencia de una Histerectomía, y esta intervención quirúrgica que se practica tanto, es una expresión de la ignorancia que tenemos para evitar que las mujeres se enfermen del útero, de los ovarios, las trompas o de las fascias, tabiques y ligamentos que mantienen a los órganos del aparato genital en el lugar normal que les corresponde⁵.

El útero tiene varias funciones¹²:

- a) Función menstrual: Permite eliminar el endometrio al que no se implantó un embrión. Esta función es la más frecuente, puesto que se inicia en la pubertad-adolescencia y la mayoría de las mujeres se embarazarán en la edad adulta. Ya siendo adultas se embarazarán poco, comparado con el enorme número de menstruaciones que tienen, tampoco se embarazarán en la menopausia, sino como excepción. El endometrio, que es un tejido glandular muy importante, se debe renovar cada vez que la mujer no se embarace.
- b) Función capacitadora: De espermatozoides a través del moco que produce el cuello del útero.
- c) Función transportadora: De espermatozoides que ascienden en búsqueda de un óvulo que encontrarán en la zona ampular de la trompa de Falopio.
- d) Funciones coordinadas con la trompa de Falopio:
 - Función capacitadora de gametos en la trompa de Falopio.
 - Función que permite la fertilización del óvulo por el espermatozoide en la zona ampular de la trompa de Falopio.
 - Función de nutrición que permite el desarrollo inicial del cigoto.
 - Función que permite el diálogo inmunológico del embrión en etapa de blastocisto con los receptores endometriales desde que este se encuentra en la trompa de Falopio.

- e) Función implantatoria: Permite precisamente la inclusión del embrión en el endometrio.
- f) Función transformadora de endometrio a decidua: Durante las primeras semanas de gestación.
- g) Función de intercambio fisiológico con la placenta: Durante el embarazo.
- h) Función de hospedaje y protección: Del producto en el cuerpo uterino a partir de la implantación y hasta el parto.
- i) Función de expulsión: Del producto durante el parto.
- j) Función de eliminación: De la decidua durante el puerperio.
- k) Función de la estática: Relacionada con los ligamentos, fascias y demás elementos necesarios en la buena ubicación de los órganos pélvicos.

Todas estas funciones se perderán con una Histerectomía realizada a una mujer en edad reproductiva, y en cualquier otra época podrá afectarse la estática y función de la vagina, vejiga, recto y periné.

El útero tiene un profundo significado en la feminidad, no sólo en la cultura general sino en los sentimientos de autoestima. Extirpar el útero puede ocasionar duelo a la paciente y a sus allegados, independientemente de que se acepte la incuestionable indicación de una Histerectomía.

Hay ocasiones en las que la misma paciente pide la Histerectomía por la mala calidad de vida que lleva al sufrir hemorragias, dolor o un incómodo y sintomático prolapso. La Histerectomía convierte a una mujer en estéril y cuando esto ocurre en una mujer joven, el duelo es mayor, e inclusive puede ser motivo de incomprensiones conyugales y también causa de quejas civiles y penales en contra del cirujano²⁴.

MARCO TEÓRICO

HISTORIA

Hace más de 17 siglos, en la ciudad griega de Efeso, fue practicada la primera Histerectomía, sin embargo no se tienen reportes de la evolución de la paciente.

En el año de 1843, en la ciudad de Manchester, Reino Unido, se tiene un reporte de la primera Histerectomía realizada por un médico, el Dr. Charles Clay extirpó un útero fibroso pero la paciente falleció 15 días después del procedimiento quirúrgico.

En el año de 1950, Massachussets, Estados Unidos de América, se llevó a cabo la primera Histerectomía con sobrevivida de la paciente, sin llevar a cabo una extirpación completa y satisfactoria, pero el Dr. Walter Burham en el año de 1953 al verse forzado a extirpar el útero sin que esta fuera su intención, la realizó obteniendo magníficos resultados, ya que la paciente presentó una recuperación rápida y sin complicaciones, lo que impulsó al Dr. Burham a realizar 15 Histerectomías más, sin embargo solamente sobrevivieron 3 de ellas⁵.

Posteriormente se realizaron más intentos para perfeccionar la técnica y en 1895 Emil Reis proyectó una operación radical acompañada de disección de ganglios pelvianos para el tratamiento del cáncer cervical. En el mismo año, Clerc realizó la misma técnica, pero 3 años más tarde el Dr. Werteim de Viena comenzó a realizar el mismo tipo de Histerectomía y fue él quien la popularizó en Europa y en menor grado en los Estados Unidos de Norteamérica, observando una mortalidad significativa debido a una necrosis ureteral, con un porcentaje de mortalidad del 10%⁵.

En el año de 1940, Maigsmen demostró que en manos expertas el procedimiento podía llevarse a cabo con una mortalidad no mayor al 10%⁵.

Durante los últimos 30 años se ha llevado a cabo un cambio gradual en las técnicas de la Histerectomía abdominal para el tratamiento de la enfermedad benigna, modificando sustancialmente la morbilidad del procedimiento cuando se realiza la técnica extrafascial, la cual fue descrita por E.M. Richardson de Baltimore, en 1929, que se ha considerado como la técnica de la Histerectomía abdominal clásica⁷.

En lo que se refiere al tratamiento del prolapso uterino, la Histerectomía vaginal fue realizada solamente en casos más graves, siendo uno de sus pioneros Esselman en el año de 1893⁷.

DEFINICIÓN

La Histerectomía consiste en la extirpación del útero en su totalidad, acompañado generalmente de la escisión del cérvix¹².

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS²⁵

Útero

El útero, de localización pélvica, es un órgano fibromuscular que suele estar dividido en un segmento bajo constituido por el cuello uterino y un segmento alto que es cuerpo uterino.

Cuello uterino

La porción del cuello uterino que queda expuesta a la vagina es el exocérvix, o porción vaginal. Tiene una superficie convexa redondeada con una abertura circular o a manera de hendidura que da paso al conducto endocervical, el cual mide de 2 a 3 cm de largo, y se abre en sentido proximal en la cavidad endometrial .

La mucosa cervical en general contiene tanto epitelio escamoso como estratificado, característico del exocérvix, como epitelio cilíndrico secretor de moco, que es característico del conducto endocervical.

Sin embargo, la intersección a nivel del cual se unen ambos epitelios, que es la unión escamocilíndrica, es variable desde el punto de vista geográfico y depende de la estimulación hormonal.

Esta interfase dinámica, la zona de transformación, es la más vulnerable al desarrollo de neoplasia escamosa.

Cuerpo

El cuerpo del útero varía en tamaño y forma. Al nacer el cuello y cuerpo tienen un tamaño aproximadamente igual; en la mujer adulta el cuerpo ha crecido dos a tres veces el tamaño del cuello.

El cuerpo uterino está dividido en varias regiones diferentes. El área en la que el conducto endocervical se abre hacia la cavidad endometrial se conoce como istmo o segmento uterino inferior.

A cada lado de la parte superior del cuerpo hay una porción en forma de embudo que recibe la inserción de la trompa de Falopio en cada lado, que se llama cuerno uterino; por arriba de esta parte lo que resta del útero se denomina fondo.

La cavidad endometrial tiene forma triangular y representa la superficie mucosa del cuerpo uterino. El epitelio es cilíndrico y formador de glándulas, y cuenta con estroma especializado. Experimenta cambios estructurales y cíclicos durante los años de reproducción, con desprendimiento regular del endometrio superficial y regeneración a partir de la capa basal.

La capa muscular del útero, llamada miometrio, está constituido por fibras de músculo liso entrelazadas y su espesor varía entre 1.5 y 2.5 cm. Algunas fibras exteriores se continúan con las de la trompa y el ligamento redondo.

El peritoneo cubre la mayor parte del cuerpo uterino y el fondo de saco posterior del cuello uterino, y se conoce como serosa. El ligamento ancho, doble capa de peritoneo que cubre el paquete vasculonervioso que llega al útero, se inserta en el cuello uterino y en el cuerpo en sentido lateral. Por delante la vejiga se encuentra sobre las regiones ístmica y cervical del útero.

Riego sanguíneo: El riego sanguíneo del útero es la arteria uterina, que se anastomosa con las arterias ovárica y vaginal.

Inervación: La innervación del útero proviene del plexo úterovaginal. El útero esta sostenido en su posición normal por 6 ligamentos, constituidos por pliegues peritoneales que contienen en su interior las formas ligamentosas; también contribuyen a su fijación a la cúpula vaginal y los músculos del peritoneo.

Los ligamentos uterinos pares y simétricos son los ligamentos anchos que se encuentran constituidos por el peritoneo uterino cuyas hojas anterior y posterior forman el repliegue que va a las paredes laterales de la pelvis por fuera y alcanza por abajo el piso pélvico, encontrándose por abajo en relación con la vejiga, por arriba con el ligamento redondo y con el recto en su cara posterior. Su borde interno corresponde al borde uterino conteniendo en su interior a la arteria uterina de cada lado y el plexo venoso correspondiente, el borde externo corresponde a la pared lateral de la pelvis y su borde superior libre a la trompa uterina. Los ligamentos anchos están constituidos por un armazón hecho por fascículos musculares lisos que parten del ligamento infundibulopélvico, además de estar formados por una membrana fibrosa conocida con el nombre de mesometrio.

Los ligamentos redondos parten de los ángulos laterales del útero para llegar al conducto inguinal y al pubis. Nacen por debajo de la trompa uterina y se dirigen hacia el conducto inguinal pasando por el orificio profundo y sobre el cayado de la arteria epigástrica, para insertarse en la espina del pubis, a la sínfisis, al tejido celular de los labios mayores y monte de Venus.

Los ligamentos úterosacros se originan en la cara posterior del cuello uterino a partir del istmo hacia la cara anterior del sacro, su inserción posterior se lleva a cabo en la segunda vértebra sacra y a veces en la primera, se presenta en forma de repliegues que se confunde con el peritoneo pélvico rodeando al recto de ambos lados. También se les llama repliegues de Douglas. Se constituye de fibras musculares lisas, y cuando están muy desarrolladas constituyen 10 que se llama músculo retractor uterino de Luschka; además, contiene en su interior al ganglio hipogástrico y por fuera los vasos linfáticos y venosos, sirviendo para la fijación del útero a la vagina.

Los ligamentos transversos del cuello o cardinales se extienden desde el cuello, y los fórnices laterales de la vagina hasta las paredes laterales de la pelvis; están constituidos por tejido fibroso muscular y elástico que a la vez que se fija al útero se adhiere a las paredes pélvicas laterales, constituyendo así lo que también se llama parametrio de Virchow o ligamento transversal de

Mackenrodt. El útero, de este modo, descansa sobre el piso del perineo y principalmente sobre el músculo elevador del ano que le sirve de sostén, al igual que los músculos del diafragma urogenital, que son particularmente importantes en el sostén del útero.

Trompas uterinas

Trompas de Falopio y ovarios se conocen colectivamente como anexos. Las trompas uterinas son elementos anatómicos huecos pares que representan a los extremos proximales no fusionados del conducto de Müller. Su longitud varía entre 7 y 12 cm, y su función consiste en captar al óvulo, proveer un buen ambiente físico para la concepción y transportar y nutrir el óvulo fecundado.

Las trompas están divididas en varias regiones:

- Intersticial. Esta es la porción más estrecha de la trompa, se encuentra dentro del espesor de la pared uterina y forma la boca tubaria a nivel de la cavidad endometrial.
- Istmo. Segmento estrecho más cercano a la pared uterina.
- Ampolla. Segmento de mayor diámetro lateral en relación con el istmo.
- Fimbrias (infundíbulo). Bocas abdominales de las trompas en forma de embudo, que se abren hacia la cavidad peritoneal. Esta abertura está dotada de numerosas salientes digitiformes que ofrecen una superficie muy amplia para la captación del óvulo. Las fimbrias ováricas constituyen una conexión entre el extremo de la trompa y el ovario, y acercan a los dos entre sí.

La mucosa tubaria esta constituida por epitelio cilíndrico ciliado, que se vuelve cada vez más complejo conforme se aproxima hacia el extremo fimbriado. La capa muscular consiste en dos capas a su vez, una circular inferior y otra longitudinal exterior de músculo liso. La trompa está cubierta por peritoneo y, por medio de su mesenterio (mesosálpinx), que tiene situación dorsal en relación con el ligamento redondo, se encuentra conectada con el borde superior del ligamento ancho.

Riego sanguíneo: El riego sanguíneo de las trompas de Falopio proviene de las arterias uterinas y ováricas.

Inervación: La inervación proviene del plexo úterovaginal y del plexo ovárico.

Ovarios

Los ovarios son estructuras gonadales pares suspendidos entre la pared pélvica y el útero por el ligamento infundibulopélvico en sentido lateral y el ligamento úteroovárico en sentido medial. Por debajo la superficie hiliar de cada ovario está unida al ligamento ancho por su mesenterio (mesoovario), que es dorsal en relación con mesosálpinx y trompa de Falopio. Los elementos vasculonerviosos primarios llegan al ovario por el ligamento infundibulopélvico y entran por el mesoovario. El tamaño del ovario normal varía, y sus dimensiones llegan a ser de 5x3x3cm.

Cada ovario está constituido por una corteza y una médula, y se encuentra cubierto por una sola capa de epitelio cuboide aplanado o cilíndrico bajo que se continúa con el peritoneo y el mesoovario.

La corteza está compuesta por estroma especializado y folículos en diversas etapas del desarrollo.

La médula ovárica ocupa una porción pequeña de la glándula en su región hiliar y está compuesta principalmente por tejido fibromuscular y vasos sanguíneos.

Riego sanguíneo: El riego sanguíneo del ovario proviene de la arteria ovárica, que se anastomosa con la arteria uterina.

Inervación: La inervación del ovario proviene del plexo ovárico y del úterovaginal.

CLASIFICACIÓN DE LAS HISTERECTOMÍAS²⁵

- Histerectomía abdominal simple, total, con o sin salpingo oforectomía uni o bilateral, intra o extrafascial.
- Histerectomía abdominal simple subtotal o supracervical con o sin salpingo oforectomía uni o bilateral.
- Histerectomía con linfadenectomía pélvica.
- Histerectomía con linfadenectomía pélvica y omentectomía.
- Histerectomía con exenteración de vejiga o recto, o ambos.
- Histerectomía vaginal simple con o sin salpingo oforectomía uni o bilateral.
- Histerectomía vaginal con cirugía adicional para corregir cistocele, uretrocele, incontinencia urinaria de esfuerzo, enterocele, rectocele y perineorrafia posterior.

CLASIFICACIÓN DE PIVER EN HISTERECTOMÍA POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO²⁵

- PIVER I: Histerectomía extrafascial con resección de la cúpula vaginal. Está indicada en displasia cervical severa, carcinoma in situ y carcinoma microinvasor IA1.
- PIVER II: Histerectomía moderadamente ampliada (Histerectomía radical modificada) con resección de la mitad de los ligamentos útero sacros y cardinales en ambos lados, y resección del tercio superior de la vagina. Está indicada en carcinoma microinvasor IA2.
- PIVER III: Histerectomía con resección completa de los ligamentos úterosacros y cardinales en ambos lados y resección de la mitad superior de la vagina y linfadenectomía pélvica. Biopsia de ganglios aórticos y para cavales. Está indicada en bordes de cono cervical desconocidos. Etapas IB y IIA.

- PIVER IV: Histerectomía con resección completa de los ligamentos úterosacros y cardinales en ambos lados, resección de todos los tejidos periureterales, resección amplia de paracolpos, resección de la mitad superior de la vagina, ligadura de la arteria vesical superior. Está indicada en recurrencia del tumor, pero es posible conservar la vejiga.
- PIVER V: Histerectomía con resección completa de los ligamentos úterosacros y cardinales en ambos lados, resección de todos los tejidos periureterales, resección amplia de paracolpos, resección de la mitad superior de la vagina, ligadura de la arteria vesical superior. Resección de la porción ureteral afectada y/o de la porción vesical afectada y uretero neo cistotomía. Está indicada en recurrencia del tumor, en uréter distal o en vejiga.

INDICACIONES APROPIADAS PARA LA HISTERECTOMÍA

Es indudable que una Histerectomía apropiadamente indicada y realizada de forma idónea puede ser de enorme beneficio para pacientes adecuadamente informadas con enfermedades o síntomas ginecológicos significativos. Sin embargo, la Histerectomía en ningún caso debe ser llevada a cabo sin indicaciones apropiadas. En última instancia, las indicaciones para los procedimientos quirúrgicos entran dentro de una de tres amplias categorías⁷: (1) Salvar la vida, (2) Aliviar el sufrimiento y (3) Corregir deformaciones.

- ENFERMEDADES O SÍNTOMAS BENIGNOS DE ORIGEN UTERINO

Hemorragia uterina disfuncional

La Hemorragia uterina disfuncional se define como una hemorragia abundante, prolongada o frecuente de origen uterino en ausencia de infecciones, tumores, embarazo o condiciones médicas asociadas⁹. Por lo general, coexiste con anovulación y desprendimiento o maduración irregulares del endometrio. En algunas pacientes se observará hiperplasia endometrial en una de sus diversas formas⁸.

La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para realizar cerca del 20% de las Histerectomías³.

Si bien en épocas pasadas este trastorno no era una indicación infrecuente para la Histerectomía, en la práctica ginecológica moderna casi siempre es posible tratar de forma satisfactoria la hemorragia uterina disfuncional con hormonoterapia. A veces es necesario un legrado endometrial, enfoque indicado especialmente en mujeres de mayor edad, en la década previa a la menopausia a fin de descartar el diagnóstico de cáncer de endometrio³. La histeroscopia y la histerografía pueden contribuir a localizar un proceso patológico inusual en la cavidad uterina, como por ejemplo pólipos endometriales o leiomiomas submucosos. Se han documentado resultados exitosos con la ablación o la resección de estas lesiones a través del histeroscopio, lo que evita la necesidad de una Histerectomía en algunos casos¹¹.

La Histerectomía no se encuentra indicada a menos que la hemorragia sea recurrente, severa y refractaria a la hormonoterapia y al legrado endometrial repetido⁸. Cuando la Histerectomía es necesaria habitualmente puede ser realizada por vía vaginal, a menos que exista una contraindicación para ello¹¹.

La hemorragia uterina disfuncional recalcitrante no es una indicación para la ooforectomía bilateral en el momento de la Histerectomía.

En las mujeres jóvenes casi nunca se encuentra indicada una Histerectomía para tratar una hemorragia uterina disfuncional⁹.

Adenomiosis

Un cuadro de dismenorrea, dolor uterino a la palpación, menorragia y aumento de tamaño del útero, por lo general simétrico y predominante en la dimensión anteroposterior, puede indicar una adenomiosis.

Se caracteriza por áreas glandulares y estroma endometrial dentro del miometrio. La lesión no se trata de un tumor, sino de una infiltración histológica hiperplásica y puede ser focal o difusa. El diagnóstico de adenomiosis se realiza por histología y se encuentra en aproximadamente el 20% de Histerectomías. Se observa más frecuentemente en mujeres de la cuarta década de la vida. La posibilidad de esta lesión debe tenerse en cuenta en mujeres perimenopáusicas y multigestas que aquejan aumento en la cantidad y días de sangrado. Según la severidad de los síntomas la Histerectomía puede estar indicada después del fracaso de modalidades terapéuticas más conservadoras, como la hormonoterapia o el legrado uterino. En caso necesario puede efectuarse una Histerectomía vaginal o abdominal.

Debe recalarse que la adenomiosis no es una indicación habitual para la Histerectomía. El compromiso miometrial profundo y la hipertrofia miometrial asociada son hallazgos infrecuentes. El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis puede no ser confirmado por el examen anatomopatológico, y una adenomiosis mínima detectada mediante un estudio detallado puede no revestir importancia clínica.

Se confirmó en estudios previos que la adenomiosis ya no debería ser considerada una indicación confiable para la Histerectomía y se recomendó que las pacientes con adenomiosis fueran incluidas en otras categorías patológicas (por ejemplo: dolor pélvico crónico o hemorragia uterina recurrente)¹⁸.

Prolapso vaginal.- Descenso uterino y prolapso del útero sintomáticos²⁰

El descenso o prolapso del útero sintomático, por lo general asociado con un descenso sintomático de la pared vaginal (por ejemplo: cistourethrocele, enterocele y rectocele) con incontinencia urinaria de esfuerzo o sin ella, representa una indicación común para la Histerectomía vaginal con restauración de la anatomía normal y soporte adecuado del tracto vaginal de salida, las paredes vaginales y la cúpula vaginal.

Es importante destacar que esta operación sólo se encuentra indicada cuando los síntomas son lo bastante severos como para justificar el riesgo, si las medidas conservadoras (como por ejemplo los ejercicios de Kegel o la administración de estrógenos vaginales) no logran mejorar el cuadro y sobre todo, si la paciente solicita al médico que alivie sus síntomas.

Raras veces se encuentra indicada una operación para corregir la relajación de las paredes vaginales y el descenso uterino asintomático y de severidad leve a moderada. Se han realizado demasiadas Histerectomías por esta indicación en pacientes asintomáticas. Lamentablemente, una operación mal indicada puede inducir síntomas en pacientes que hasta entonces no los tenían.

La Histerectomía no es un componente necesario de las operaciones destinadas a corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo. Por ejemplo, si se encuentra una colpouretropexia suprapúbica para el tratamiento de una incontinencia urinaria de esfuerzo la Histerectomía no está indicada a menos que existan otros trastornos coexistentes.

La operación vaginal de un cistocele y un enterocele voluminosos y sintomáticos por lo general arroja mejores resultados se lleva a cabo una Histerectomía vaginal simultánea.

La Histerectomía por prolapso genital sintomático constituye cerca del 15% de las efectuadas en Estados Unidos. A menos que haya un trastorno acompañante que requiere incisión abdominal, la Histerectomía vaginal es el acceso preferido para el prolapso genital²⁰.

Leiomiomas uterinos

Los leiomiomas uterinos son tumores miometriales benignos frecuentes que por lo general no provocan síntomas ni deben ser extirpados. Se les describe como circunscritos, no encapsulados y aunque su composición es esencialmente de músculo liso, se encuentra en ellos algunos elementos de tejido conectivo fibroso. Son más frecuentes en la cuarta o quinta década de la vida, aunque también se observa en el segundo y tercer decenios y pueden persistir encontrándose en edades avanzadas. Se encuentra dicha patología con mayor frecuencia en la raza negra que en la blanca⁴.

Su clasificación se realiza de acuerdo a su localización con relación a la capa miometrial del útero, basándose en esto dan nombres descriptivos a los mismos. Los que se encuentran dentro de la capa miometrial se les denomina intramurales, son los más frecuentes y su crecimiento distorsiona la cavidad y la superficie externa del útero. Los que se encuentran por debajo de la serosa del útero se les denomina subserosos, son estos los que producen la típica configuración nudosa, con su crecimiento pueden llegar a pedicularse y en ocasiones sufrir torsión o quedarse unidos a órganos adyacentes, peritoneo, epiplón, etc. y perder el suministro primario de circulación, desarrollando neovascularización dependiente del órgano invadido y se les denomina parasíticos y son raros. Si llegaran a crecer dentro del ligamento ancho se le conoce como intraligamentarios o intraligamentosos.

Los miomas que se encuentran inmediatamente por debajo del endometrio se les conocen como submucosos y tal como sucede con los anteriores descritos pueden llegar a pediculares al grado de protruir a través del canal cervical, con estas situaciones la infección es corriente⁴.

Por lo general se trata de tumoraciones múltiples, aunque en ocasiones se encuentra solo una tumoración. Con respecto a su etiología se discute el papel del hiperestrogenismo. Está comprobado que estos tumores disminuyen sus dimensiones y se toman fibrosos con la instalación de la menopausia y en raras ocasiones se origina dentro de la misma.

La paciente con leiomiomas uterinos pequeños y asintomáticos puede ser seguida con exámenes ginecológicos periódicos. Si los síntomas no aparecen antes de la menopausia es improbable que se requiera una Histerectomía posmenopáusica. Después de la menopausia no se desarrollan nuevos miomas y los tumores preexistentes interrumpen su crecimiento y por lo general disminuyen de tamaño.

Los leiomiomas uterinos representan la indicación más frecuente para la Histerectomía¹⁴. La necesidad de practicarlas por leiomiomas uterinos deberá considerarse sólo en las pacientes que no desean tener más hijos. Por lo demás el tratamiento quirúrgico que conserva la fertilidad (Miomectomía) es posible en la mayoría de las pacientes que tiene leiomiomas 16. La decisión de efectuar Histerectomía por leiomiomas suele basarse en la necesidad de tratar síntomas como hemorragia uterina anormal, o dolor o presión pélvicos. Otras indicaciones para la intervención ha incluido el aumento “rápido” del tamaño uterino (aunque este aspecto está mal definido), con presión uretral o crecimiento después de la menopausia. Hace poco se puso en duda el concepto del “crecimiento rápido”, porque estas pacientes no han demostrado con claridad tener trastornos malignos. Más aún, no existe una definición claramente reproducible de “crecimiento rápido”¹⁴.

La indicación de extirpar el útero por alcanzar cierto tamaño se discute con amplitud. Se ha comentado que si este llega al tamaño de 12 semanas de gestación o más deberá researse, aunque sea asintomático. Entre los motivos que se ofrecen para una intervención de esta clase están incapacidad para palpar los ovarios durante la exploración bimanual y la suposición de que, conforme aumenta de tamaño, se incrementa la morbilidad de la Histerectomía, sin embargo, las lesiones malignas son raras en pacientes premenopáusicas y la palpación de los anexos no es posible en muchas cuyos ovarios tienen tamaño normal¹⁶.

Puede estar indicada una Histerectomía vaginal o abdominal si la paciente manifiesta molestias, polaquiuria u obstrucción urinaria, menorragia o metrorragias asociadas. Si el útero no adquirió un gran tamaño debe intentarse primero un abordaje conservador con legrado uterino en lugar de una Histerectomía. Si la histerografía, la histeroscopia o el legrado uterino revelan la presencia de un mioma submucoso es poco probable que las medidas conservadoras reduzcan la metrorragia de la paciente. Según las circunstancias, un mioma submucoso puede ser resecado por medio del histeroscopia, mediante una Miomectomía o con una Histerectomía¹⁴.

El aumento de tamaño rápido de un útero leiomiomatoso puede indicar una transformación sarcomatosa. En las mujeres jóvenes este hallazgo con mayor frecuencia refleja un embarazo

asociado. En esta situación se encuentra indicada una prueba para la detección del embarazo antes de recomendar una Histerectomía¹⁶.

Es posible que un útero leiomiomatoso adquiriera un tamaño considerable sin provocar síntomas.

Cuando el útero alcanza un tamaño equivalente al de un embarazo de 12 a 14 semanas es adecuado recomendar una Histerectomía sólo sobre la base del tamaño uterino; si se decide seguir a estas pacientes sin operar, el médico debe estar completamente seguro de que todos los componentes de la masa pélvica consisten realmente en leiomiomas uterinos benignos. Siempre existe la posibilidad de que uno de los componentes de la masa sea un tumor ovárico y en ese caso se encuentra indicada su extirpación inmediata.

Es posible obtener información acerca de la naturaleza de los diversos componentes de la masa pélvica mediante tomografía computarizada (TC) o ecografía de la pelvis; estos estudios se asocian con el riesgo de hallazgos falsos-positivos o falsos-negativos.

Si bien cuando la Histerectomía se encuentra indicada para la extirpación de leiomiomas grandes es preferible el abordaje abdominal, la Histerectomía vaginal puede ser el procedimiento de elección en presencia de leiomiomas sintomáticos pequeños. La extirpación de un leiomioma uterino por vía vaginal puede requerir la fragmentación extensa de la lesión.

Un leiomioma submucoso pediculado que protruye a través del orificio cervical invariablemente se encuentra infectado y debe ser extirpado mediante una Miomectomía vaginal para evitar la contaminación bacteriana inevitable de la cavidad peritoneal asociada con el abordaje abdominal. Después de transcurridas varias semanas, si aún se observa un aumento de tamaño significativo del útero o si persisten los síntomas, puede recomendarse una Histerectomía abdominal o vaginal tardía una vez que haya desaparecido el riesgo de peritonitis¹⁴.

Las que tienen grandes leiomiomas deben tratarse previamente, a fin de reducir el tamaño uterino, con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (Ngr.).

En muchas ocasiones la disminución del tamaño uterino será suficiente para permitir la Histerectomía vaginal en un caso en el que, de otro modo, se habría requerido Histerectomía abdominal⁴.

Problemas obstétricos

La hemorragia posparto incontrolable, la ruptura uterina, la inversión uterina y los embarazos intersticiales, abdominales o cervicales representan catástrofes obstétricas que pueden requerir una Histerectomía abdominal a fin de controlar una hemorragia potencialmente fatal. Pacientes con placenta accreta o increta pueden requerir Histerectomía²⁰.

El aborto séptico por lo general puede ser tratado exitosamente con antibióticos y la evacuación de los productos de la concepción retenidos e infectados. Son pocas las pacientes que no responden al tratamiento médico y al legrado, sin embargo, en ocasiones puede ser necesario

efectuar una Histerectomía abdominal en presencia de shock séptico severo, peritonitis y disfunción renal probablemente asociados con infección por clostridios²⁰.

- ENFERMEDADES NO NEOPLÁSICAS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y LOS OVARIOS SIN COMPROMISO PRIMARIO DEL ÚTERO

En las situaciones que se comentan a continuación el útero puede ser extirpado como parte de una operación destinada a extirpar los anexos comprometidos aun cuando no exista un proceso patológico en el útero propiamente dicho.

Si durante una operación por una patología primaria de las trompas de Falopio y/o los ovarios es evidente que la paciente tendrá una infertilidad irreversible es apropiada extirpar también el útero. La excepción a esta regla está dada por las mujeres jóvenes que podrían desear un embarazo mediante las nuevas técnicas de reproducción. Las pacientes jóvenes deben ser informadas sobre la posibilidad de conservar su útero antes de la operación. En estos casos es importante obtener una autorización firmada para extirpar el útero en caso de que sea absolutamente necesario efectuar una Histerectomía²⁰.

Enfermedad inflamatoria pélvica

No debe researse el útero, trompas y ovarios en una paciente que tiene enfermedad pélvica inflamatoria, a menos que no haya reaccionado al tratamiento antibiótico intravenoso.

La exacerbación aguda de una enfermedad inflamatoria pélvica crónica con abscesos tuboováricos bilaterales por lo general puede ser tratada de manera satisfactoria con medidas conservadoras, que incluyen el uso de antibióticos para el tratamiento de una infección polimicrobiana y el drenaje del pus, en la medida de lo posible, mediante una colpotomía posterior o la aspiración con aguja guiada por tomografía computarizada; se ha observado que un 80% de las pacientes responden a este tratamiento. En el 20% restante, en pacientes con ruptura de un absceso tuboovárico o en pacientes con síntomas significativos de enfermedad inflamatoria pélvica crónica puede estar indicada la operación.

Comunmente es necesario llevar a cabo una salpingooforectomía bilateral debido a la presencia de un proceso patológico extenso y bilateral. En ocasiones es posible preservar la función de un ovario.

La Histerectomía también suele ser recomendable en mujeres que no desean recurrir a las nuevas técnicas de reproducción para lograr un embarazo. En caso contrario, el útero puede ser preservado después de la extirpación de ambos anexos²⁰.

Endometriosis pélvica

La endometriosis pélvica extensa refractaria a la hormonoterapia puede requerir una intervención quirúrgica.

Las mujeres jóvenes con intenciones de concebir deben ser tratadas con cirugía conservadora incluida la extirpación de todos los focos visibles y palpables de endometriosis, posible neurectomía presacra y posible suspensión uterina y dilatación cervical.

En el caso de mujeres de mayor edad que no deseen embarazos futuros o en pacientes cuyos síntomas y manifestaciones pélvicas de endometriosis hayan recurrido después de una intervención (o intervenciones) conservadora previa puede estar indicada una operación más definitiva. En estas circunstancias el procedimiento de elección es una Histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, a menos que la paciente desee preservar el útero a fin de lograr un embarazo ulterior con las técnicas modernas de reproducción¹³.

Embarazo ectópico

Ciertos casos de embarazo ectópico pueden requerir una Histerectomía. Es posible que esta intervención sea necesaria en embarazos cervicales, embarazos intersticiales o embarazos abdominales en los cuales la placenta no puede ser extraída sin extirpar el útero.

La Histerectomía también puede ser aceptable en una paciente que ha presentado embarazos tubarios repetidos con destrucción completa e irreversible de ambas trompas de Falopio y cuya condición durante la operación sea completamente estable. En estos casos también es necesario que la paciente haya autorizado la Histerectomía después de haber sido informada detalladamente acerca de todas las opciones de reproducción futura¹³.

- ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Neoplasia intraepitelial cervical

Antes se efectuaba Histerectomía como tratamiento primario en caso de neoplasia intraepitelial cervical, sin embargo, la profundidad máxima de la displasia a nivel de la unión escamocilíndrica es de 5.2 mm; 99.7% de las displasias (incluido el carcinoma in situ) están localizadas dentro de los 3.8 mm de profundidad desde la superficie epitelial, por lo que en circunstancias bien controladas la neoplasia intraepitelial cervical comunmente puede ser tratada de manera apropiada mediante cauterización cervical, criocirugía, cirugía con láser o conización cervical.

La Histerectomía se recomienda algunas veces para pacientes que no desean o no pueden concebir y en pacientes en quienes la displasia cervical severa o el carcinoma in situ es demasiado extenso para ser extirpado con conización cervical u otras modalidades terapéuticas locales. En estas pacientes es preferible una Histerectomía vaginal a menos que se encuentre contraindicada por enfermedad de los anexos, aumento de tamaño del útero u otros trastornos. Deberá extirparse un manguito vaginal junto con el útero cuando el carcinoma in situ se extienda hasta el fondo de saco vaginal o cerca de él¹³.

Cáncer cervical invasor en una fase temprana

Se ha observado a través de los años un significativo avance y conocimiento de la enfermedad así como de su etiología.

En situaciones especiales la Histerectomía total simple con Vaginectomía parcial puede ser la operación indicada para un cáncer cervical invasor en una fase muy temprana, si un espécimen de conización cervical ha sido cuidadosamente examinado y revela una invasión estromática mínima, superficial y microscópica limitada a una profundidad no mayor de 3 mm desde la superficie; no debe existir confluencia de áreas tumorales en el estroma ni evidencia de invasión de vasos sanguíneos. En estos casos por lo general se efectúa una Histerectomía abdominal⁶.

La mayoría de las pacientes con carcinoma cervical en los estadios IB y IIA deben ser tratadas con histerectomía abdominal extensa, linfadenectomía pélvica bilateral y colpectomía parcial⁶.

El tratamiento primario con cirugía en lugar de Radioterapia es aconsejable especialmente en las mujeres premenopáusicas debido a la posibilidad de preservar la función ovárica¹³.

Hiperplasia endometrial, adenocarcinoma endometrial y sarcoma del útero

Durante los años de reproducción, en los ciclos normales de menstruación, el desprendimiento y crecimiento del endometrio es un proceso finalmente balanceado y regulado por el incremento y descenso hormonal tanto Hipofisiario como Ovárico. Cuando existe una desproporción entre los niveles de estrógenos y progestágenos, se produce una anomalía en el ciclo y por consiguiente en el endometrio, órgano blanco efector de las hormonas ya citadas¹².

La Hiperplasia del endometrio se encuentra habitualmente como un hallazgo en el estudio histopatológico de mujeres con menstruaciones excesivas, irregulares o prolongadas; aunque también pueden cursar asintomáticas. Se deduce una producción aumentada de estrógenos, pero en realidad no necesita estar incrementada si esta es prolongada y no se opone por la progesterona producida por el cuerpo lúteo¹³.

La anovulación es la causa más frecuente de hiperestrogenismo, aclarando que no siempre se acompaña de hiperplasia¹².

Es más frecuente encontrar esta patología en los extremos de la vida reproductiva de la mujer, post puberal o premenopáusica¹².

Se atribuye también como causa de hiperplasia endometrial los tumores funcionales de ovario, anomalías de la corteza suprarrenal, ovario poliquístico, entre otros¹².

Tipos de hiperplasia endometrial: Quística y Adenomatosa.

Quística: Hay un crecimiento excesivo del grosor endometrial y se suele presentar antes de la menopausia o durante la misma cuando las actividades ovulatoria y progestacional disminuyen, con aumento relativo en los niveles de estrógenos. Macroscópicamente el endometrio es grueso, de apariencia aterciopelada, gris pálido, superficie granulosa y friable, lo cual puede sugerir malignidad pero se presenta en la hiperplasia llamada compleja. Se asocia con Pólipos, Adenomiosis y Miomatosis. Microscópicamente se observan glándulas revestidas de células epiteliales cilíndricas altas, no secretoras y sin atipias.

Adenomatosa: Representa una fase mas activa y avanzada, origina mucosa endometrial muy engrosada, gris con aspecto similar a la hiperplasia quística. La superficie puede ser mas irregular y nodular e histológicamente se observa abundantes glándulas con secreción y atipias, el estroma endometrial es normal. La distribución de las glándulas es irregular, de manera que se llegan a observar conglomerados glandulares solo separados por escasas células del estroma endometrial, muchas veces las glándulas parecen estar unidas entre sí.

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 hiperplásicas menos severas por lo general son irreversibles y no requieren Histerectomía¹³.

Los Adenocarcinomas endometriales y los Sarcomas del endometrio y el miometrio deben ser tratados con una Histerectomía abdominal total y Salpingooforectomía bilateral. Aunque también es posible administrar diversas combinaciones de Radioterapia y Quimioterapia coadyuvantes, el componente más importante del tratamiento es la Histerectomía¹⁷.

En casos seleccionados pueden obtenerse muestras de ganglios linfáticos paraaórticos y pélvicos y los ganglios linfáticos aumentados de tamaño deben ser evaluados, pero no es necesaria una linfadenectomía pélvica completa. Los lavados peritoneales deben ser analizados hitológicamente¹⁷.

Tumores malignos del ovario y la trompa de Falopio

Los tumores malignos de los ovarios y las trompas de Falopio requieren tratamiento quirúrgico, con Quimioterapia coadyuvante o sin ella, y en ocasiones con Radioterapia. Además de una Salpingooforectomía bilateral casi siempre se encuentra indicada una Histerectomía abdominal total.

Puede llevarse a cabo una Histerectomía subtotal en lugar de total en presencia de enfermedad neoplásica diseminada en el abdomen, de un cuello uterino encastrado en tejido tumoral y cuando la extirpación del cuello uterino no contribuya a disminuir el tamaño total del tumor. En situaciones especiales de enfermedad limitada puede estar indicada la conservación de la función del útero y el ovario contralateral en una paciente joven nulípara¹³.

Enfermedad trofoblástica

La enfermedad trofoblástica gestacional por lo general se trata de manera satisfactoria con agentes quimioterapéuticos. La Histerectomía rara vez es necesaria en estos casos. Puede estar indicada en pacientes con una elevación persistente de la Gonadotropina Coriónica Humana después del uso de Quimioterapia si se sospecha que el único foco de enfermedad residual se encuentra en el útero, tal vez en la profundidad del miometrio. Además, una Histerectomía total abdominal puede representar el tratamiento más rápido y más seguro en una paciente multípara con una mola hidatiforme que distiende el útero, sobre todo si la hemorragia uterina se torna incontrolable¹³.

Enfermedad maligna de otros órganos pélvicos vecinos

Cuando se decide operar un cáncer en algún órgano vecino puede realizarse una Histerectomía para que la operación sea técnicamente correcta. Esto a menudo es válido en caso de carcinoma del recto, pero también puede serlo para carcinomas del ciego, el sigmoide o la vejiga cuando estos órganos se adhieren al útero. La Histerectomía puede ser necesaria en ciertas operaciones por tumores retroperitoneales¹².

INDICACIONES DIVERSAS Y POCO HABITUALES

Problemas del cuello uterino

En la pacientes posmenopáusicas la estenosis cervical con piometra recurrente después de intentos infructuosos para mantener el cuello uterino permeable puede requerir una Histerectomía abdominal como tratamiento definitivo. No es infrecuente detectar la presencia de tejido maligno en la cavidad uterina o el canal endocervical.

En casos raros un desarrollo anómalo del sistema de los conductos de Müller puede asociarse con la presencia de un cuerpo uterino y una cavidad uterina revestida por endometrio funcional pero con ausencia congénita del cuello uterino y la vagina. En estos casos es prácticamente imposible crear un canal endocervical apropiado y una vagina funcional durante la menarca para permitir el egreso permanente del flujo menstrual. En estas pacientes será necesaria una Histerectomía a fin de prevenir un hematometra y posiblemente una endometriosis como consecuencia de la menstruación retrógrada⁷.

Dolor pélvico crónico

En ausencia de una patología pélvica específica el dolor pélvico crónico no debe ser tratado con Histerectomía salvo en situaciones muy poco habituales. En el caso de pacientes con dolor pélvico crónico existen algunos factores que merecen destacarse. Es importante evaluar a las pacientes con tiempo. Los trastornos psiquiátricos son comunes. No debe dudarse en realizar una Laparoscopia diagnóstica previa¹⁹.

No debe efectuarse una Histerectomía como tratamiento del dolor pélvico crónico en ausencia de patología pélvica crónica a menos que los síntomas sean muy severos y no puedan ser aliviados con medidas más conservadoras, incluidas la psicoterapia²⁴.

Numerosos estudios han señalado la habitual ineficacia de la Histerectomía para aliviar el dolor pélvico, sobre todo en ausencia de patología uterina. Se llegó a la conclusión de que muchas pacientes que refieren dolor pélvico en ausencia de patología uterina probablemente padezcan un trastorno de somatización caracterizado por múltiples síntomas somáticos recurrentes que llevan a la consulta médica y para los cuales no se encuentra ningún fundamento orgánico²⁴.

Esta situación representa una de las múltiples dificultades que enfrenta el ginecólogo para determinar qué tipo de pacientes con dolor pélvico podrán beneficiarse con la cirugía¹.

Esterilización quirúrgica

Siempre que sea solicitada por la paciente y se encuentre indicada la esterilización quirúrgica debe ser llevada a cabo mediante ligadura tubaria en lugar de Histerectomía.

La Histerectomía como método de esterilización es inapropiada salvo en pacientes cuidadosamente seleccionadas en quienes existen indicios de enfermedad o síntomas significativos que muy probablemente obliguen a una histerectomía en un futuro cercano¹.

El riesgo de complicaciones después de la Histerectomía es mayor que el riesgo de complicaciones después de la ligadura tubaria; por lo tanto la Histerectomía no debe ser considerada el método preferido de esterilización quirúrgica a menos que coexistan trastornos o síntomas ginecológicos significativos. Esta recomendación también es válida en el caso de pacientes que solicitan esterilización quirúrgica en el momento de una operación cesárea o de una determinación electiva de embarazo.

Todas las pacientes que soliciten esterilización quirúrgica deben ser cuidadosamente evaluadas antes de recomendar la operación definitiva¹³.

INDICACIONES INAPROPIADAS PARA LA HISTERECTOMIA

Como veremos a continuación, la Histerectomía a veces se realiza con indicaciones inapropiadas.

Tratamiento de la menopausia

No debe efectuarse una Histerectomía para que las pacientes menopáusicas puedan recibir estrógenos sin riesgos de desarrollar hiperplasia o cáncer endometriales o de padecer episodios significativos de hemorragia posmenopáusica^{3,17}.

Leucorrea y cervicitis crónica

Según los resultados de los estudios diagnósticos deberá prescribirse un tratamiento específico para la leucorrea.

En los casos de cervicitis crónica el tratamiento más adecuado consiste en la cauterización cervical o la criocirugía; por cierto, estos trastornos pueden ser manejados sin necesidad de una Histerectomía¹³.

Incontinencia urinaria leve

Hasta un 50 de las mujeres referían una pérdida involuntaria de orina ocasional. Esta incontinencia leve no debe ser tratada con intervenciones quirúrgicas, las cuales podrían incluir una Histerectomía^{12,15}.

Dismenorrea primaria

Cerca del 10% de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta durante 3 días al mes por Dismenorrea. Este trastorno se puede tratar con agentes antiinflamatorios no esteroides aisladamente o en combinación con anticonceptivos orales.

Si bien la Dismenorrea primaria puede ser severa y debilitante en algunos casos, la Histerectomía no se encuentra indicada. Este síntoma por lo general puede ser controlado con un tratamiento medico conservador y dilatación cervical¹.

Síndrome premenstrual

Los síntomas del Síndrome Premenstrual pueden ser sumamente molestos para la paciente, sin embargo, casi todos estos síntomas están relacionados con el ciclo ovárico y no pueden ser aliviados mediante la Histerectomía¹³.

Hemorragias posmenopáusicas

Un episodio único de Hemorragias Posmenopáusicas no es una indicación para la Histerectomía sino que requiere un examen pélvico cuidadoso y un legrado. Algunas pacientes con hemorragias posmenopáusicas presentan una vaginitis atrófica, un pólipo cervical o una carúncula uretral, afecciones que sólo requieren un tratamiento local⁹.

En algunos casos se detectarán pólipos endometriales, los que deben ser tratados con un legrado uterino y no con una Histerectomía²⁰.

En aproximadamente de un 10% a un 20% de las pacientes con Hemorragias Posmenopáusicas el examen pélvico o el legrado uterino demostrarán la presencia de un cáncer cervical o endometrial. Si el diagnóstico de cáncer es preoperatorio puede estar indicada una Histerectomía extensa¹⁷.

Citología vaginal y/o cervical anormal

Nunca debe llevarse a cabo una Histerectomía sólo porque el informe del examen con la técnica de Papanicolao es anormal. La paciente debe ser investigada mediante colposcopia, biopsia o legrado endometriales para determinar la causa de esa anormalidad¹³.

Displasia del cuello

En los casos de Displasia cervical leve y moderada no se encuentra indicada una Histerectomía. En estas pacientes por lo general basta con la cauterización cervical, la criocirugía, la cirugía con láser o la conización cervical con seguimiento¹³.

Múltiples problemas menores

No es infrecuente que el Ginecólogo examine a una paciente múltipara con un pequeño mioma asintomático en el fondo uterino, una cervicitis crónica con leucorrea, una atipia inflamatoria en los exámenes citológicos vaginales, síntomas significativos del síndrome premenstrual con dismenorrea y una incontinencia urinaria de esfuerzo leve con un grado mínimo de descenso de la pared vaginal anterior²⁰.

Ninguno de estos trastornos representa per se una indicación apropiada para la Histerectomía, y la coexistencia de estos problemas en una misma paciente tampoco es una indicación suficiente. Todos estos problemas pueden ser tratados independientemente mediante medidas específicas no quirúrgicas, y es muy probable que el mioma no llegue nunca a causar un trastorno significativo²⁰.

Las indicaciones apropiadas para la Histerectomía son las mismas para todas las pacientes independientemente de la presencia o la ausencia de una ligadura tubaria previa¹³.

Cuando se requiere una intervención quirúrgica para el tratamiento de una enfermedad ginecológica benigna la Histerectomía puede no estar indicada en una paciente premenopáusica joven que aún desee tener hijos²⁰.

HISTERECTOMÍAS INNECESARIAS

En 1946, Brill efectuó una revisión de pacientes que habían sido sometidas a una Histerectomía y observó que en un 33.1% de los casos no existía una enfermedad precisa o existía una condición que contraindicaba la Histerectomía, como un embarazo insospechado, infección de placenta retenida, etc.

The Hysterectomy Subcommittee of the Quality Care Comité de la Sociedad Médica de Nueva York informó que solo un 3.1% de las histerectomías fueron juzgadas inaceptables sobre la base del análisis detallado de las historias clínicas. Ranney señaló que es raro que en una paciente ginecológica que requiere una Histerectomía se establezca un diagnóstico único⁵.

VÍAS DE ACCESO EN LA HISTERECTOMÍA⁷

- Abdominal laparotómica
- Abdominal laparoscópica
- Vaginal
- Vaginal asistida por laparoscopia.

TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LAPAROTÓMICA EN PROCESOS BENIGNOS

1. Sondeo vesical y dejar la sonda durante la intervención.
2. Laparotomía Pfannenstiel por planos o laparotomía media por planos, dependiendo del volumen y naturaleza de la pieza quirúrgica y de incisiones previas.
3. Siempre colocar segundos campos antes de la apertura peritoneal para aislar la piel de la cavidad abdominal.
4. Exploración de la cavidad abdominal.
5. Cuando sea posible, y lo es en la mayoría de las Histerectomías abdominales, exteriorizar el cuerpo uterino.
6. Aplicación de pinzas tractoras a los lados del fondo uterino, incluyendo los tres elementos anatómicos: ligamentos redondos, trompas de Falopio y ligamentos útero ováricos para tener control de la pieza operatoria.
7. La mayoría de las ocasiones no es necesario colocar separador abdominal automático.
8. Colocar suavemente una compresa húmeda por delante del recto para aislar el útero durante la intervención, pero no “empacar” las asas intestinales.
9. Se irán exponiendo solamente las diferentes áreas de la Histerectomía.
10. Iniciar por uno de los ligamentos redondos. Se expondrán con la ayuda de pequeñas valvas o separadores.
11. Pinzamiento, sección y ligadura del ligamento redondo a 2-3cm de distancia del fondo uterino y extender el corte peritoneal un poco. El espacio laxo que se encuentra se disecciona.
12. Si se va a practicar salpingo-oforectomía, se localizará, expondrá, pinzará, seccionará y ligará el ligamento infundíbulo pélvico y se continuará el corte de las hojas peritoneales del ligamento ancho.
13. Si se van a conservar los anexos, entonces por transiluminación se encuentra una zona avascular del ligamento ancho, lo que se facilita porque ya ha sido seccionado el ligamento redondo y en un solo pedículo se pinzan, seccionan y ligan la zona ístmica de la trompa y el ligamento útero ovárico.
14. Mismo procedimiento en el lado contralateral.
15. Traccionando firmemente el útero hacia arriba, se aplica una pinza de disección, con dientes o sin ellos, exactamente en la línea media en el sitio en que el peritoneo deja de

cubrir la vejiga y se tracciona firmemente el peritoneo en ese sitio en dirección hacia la sínfisis del pubis. Con esta maniobra se formará una figura triangular y, sin dejar de traccionar, se secciona este triángulo en su base y así se accede a una zona laxa avascular que permite separar la vejiga del cérvix, pero la separación debe ser poco extensa.

16. Se completa el corte del peritoneo anterior de los ligamentos anchos.
17. Se mantiene la tracción firme del útero.
18. A la altura del istmo se localizan los vasos uterinos, los que entre dos pinzas colocadas en dirección perpendicular al eje del útero, a un centímetro de distancia una de la otra, se secciona y se sustituye la pinza inferior con una ligadura. La pinza del pedículo superior se agregará a la maniobra de tracción firme del útero.
19. Con el borde convexo de la pinza de Heanny hacia el borde externo del istmo uterino se pinzan los vasos uterinos en un pedículo corto de un centímetro, se secciona y se ligan.

Una vez realizado este tiempo en ambos lados se continuará con:

20. Disección intrafascial del cérvix.
21. Traccionando firmemente el útero se hace un corte circular de la fascia pericervical a la altura del istmo, con bisturí normal o con electrocorte, en profundidad suficiente para no penetrar al parénquima cervical y a continuación se irá haciendo la disección intrafascial del cérvix, realizando hemostasia aislada de los vasos que vayan surgiendo. Esto se facilita con el electrocoagulador. Siempre traccionar firmemente el útero para que se facilite este tiempo. La disección se desciende hasta llegar a la cúpula vaginal.
22. No debe haber pinzas en el campo operatorio.
23. Aprender como la fascia pericervical se va retrayendo pericervical a la altura del istmo, con bisturí normal o con electrocorte, en profundidad suficiente para no penetrar al parénquima cervical y a continuación se irá haciendo la disección intrafascial del cérvix, realizando hemostasia aislada e los vasos que vayan surgiendo. Esto se facilita con el electrocoagulador.

Siempre traccionar firmemente el útero para que facilite este tiempo. La disección se desciende hasta llegar a la cúpula vaginal y engrosando de manera inconfundible a medida que se avanza la disección.

24. Traccionando firmemente el útero y llevándolo hacia el lado izquierdo o derecho, viendo y palpando se localiza uno de los fondos de saco laterales de la vagina y antes de seccionar la cúpula vaginal se aplica en el fondo de saco un punto de sutura. Se anuda y si seccionar el material de sutura, el cabo corto se dejará lo suficientemente largo para referirlo fuera del campo operatorio.

25. Enseguida y traccionando ya ahora la cúpula vaginal con el punto aplicado y con el útero, se secciona el fondo de saco vaginal en una extensión de 1 o 2 centímetros y así quedaran expuestas en ese espacio las paredes anterior y posterior de la vagina y de inmediato se procede a ir suturando la cúpula vaginal, con puntos separados o con surgete. La sutura y el útero continuarán traccionando la cúpula la que poco a poco se va seccionando y suturando hasta liberar completamente el útero. El final de la sutura se refiere también dejando la referencia larga.
26. Se lava el campo operatorio y se revisa la hemostasia.
27. Traccionando la cúpula vaginal con sus referencias en los extremos, se inicia la sutura de la fascia, fijándola frecuentemente a la cúpula vagina!
28. Nuevo lavado y revisión de la hemostasia.
29. Disección extrafacial del cérvix.
30. Sin hacer disección intrafascial se continúa la sección de los ligamentos cardinales haciendo pedículos cortos de un centímetro, íntimamente unidos al borde externo del cérvix, sustituyendo inmediatamente las pinzas con ligaduras por transfixión evitando acercarse al uréter, y así avanzando poco a poco, por pequeños pedículos que se irán ligando, se descenderá hasta llegar a la cúpula vagina!
31. Se selecciona uno de los fondos de saco laterales de la vagina y antes de seccionar la cúpula vaginal se aplica un punto de sutura. Se anuda y sin seccionar el material de sutura, el cabo corto se dejará lo suficientemente largo para referirlo fuera del campo operatorio.
32. A continuación y traccionando ya ahora la cúpula vaginal con el punto aplicado y con el útero, se secciona el fondo de saco vaginal en una extensión de 1 o 2 centímetros y de inmediato se procede a ir suturando la cúpula vaginal, con puntos separados o con surgente. La sutura y el útero continuarán traccionando la cúpula, la que poco a poco se va seccionando y suturando hasta liberar totalmente el útero. El final de la sutura se refiere también dejando la referencia larga.
33. Traccionando la cúpula vaginal con sus referencias en los extremos, se inicia la sutura de la fascia, fijándola frecuentemente a la cúpula vagina!
34. Lavado abundante del campo operatorio y revisión de la hemostasia.
35. Peritonización del área de la Histerectomía.
36. Nuevo lavado del campo operatorio.
37. Comprobación de cuenta de gasas y compresas.

38. No se sutura el peritoneo parietal!
39. Sutura de músculos, aponeurosis, tejido adiposo y piel!
40. Se dicta la nota operatoria.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

La mayor parte de las lesiones transoperatorias durante la Histerectomía Abdominal se pueden investigar hasta encontrar que las causas son mala iluminación, asistencia insatisfactoria, prisa excesiva, variantes anatómicas o participación de los órganos lesionados en el proceso patológico. Es posible eliminar algunos de estos factores si se presta atención cuidadosa a los detalles y se emplea una técnica quirúrgica apropiada. Sin embargo, algunas lesiones operatorias no se pueden evitar aunque el cirujano sea uno de los más capacitados. Por tanto, este último debe estar preparado para conocer y reparar dichas lesiones IO.

Hemorragia

La Hemorragia arterial importante suele provenir de las arterias uterinas o de los vasos ováricos cercanos a la inserción de los ligamentos infundibulopélvicos. El pinzado de estos vasos a ciegas plantea el riesgo de lesión ureteral; por lo tanto, es indispensable identificar los uréteres en el espacio retroperitoneal y seguirlos hasta la zona de Hemorragia para evitar la ligadura inadvertida.

Lo mejor es aplicar un taponamiento a presión para contener la Hemorragia y, en seguida, retirado con lentitud a fin de poder visualizar, aislar y pinzar de manera individual los vasos que sangran. Deben evitarse las ligaduras masivas. Puede ser de utilidad el empleo de broches quirúrgicos.

Aunque la Hemorragia venosa es menos impresionante, es a menudo más difícil de contener, sobre todo en presencia de adherencias extensas y fibroides. La Hemorragia de esta clase se puede controlar con presión simple o mediante ligadura por sutura.

La hemorragia de los bordes peritoneales o las superficies desnudas se puede controlar con presión, aplicación de agentes tópicos como trombina o colágena, o cauterizando con el dispositivo Bovie o el láser de Haz Argón IO.

Lesiones ureterales

La lesión del uréter pélvico es una de las complicaciones más formidables de la Histerectomía.

A causa del riesgo del trastorno renal subsecuente, la lesión del uréter es mucho más grave que la de la vejiga o del intestino.

Es necesario estar permanentemente al tanto de la proximidad del uréter con los otros órganos pélvicos. La mayor parte de las lesiones ureterales se pueden evitar si se abre el retroperitoneo y

se identifica directamente este elemento anatómico. El empleo de catéteres ureterales como sustitutos de la visualización directa es a menudo de poca utilidad en las pacientes con fibrosis extensa o retracción a causa de endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria o cáncer ovárico. En estos casos, el falso sentido de seguridad puede incrementar de hecho un riesgo de por sí elevado de lesión del uréter.

La visualización directa se logra al abrir el retroperitoneo en el tejido lateral en relación con la arteria iliaca externa. Se efectúa disección del tejido alveolar laxo con instrumento romo para visualizar directamente la arteria. Esta podrá seguirse a continuación en sentido cefálico hasta la bifurcación de la arteria iliaca primitiva en ramas interna y externa. El uréter cruza la arteria iliaca primitiva a nivel de su bifurcación, y puede seguirse por toda su trayectoria hasta llegar a la pelvis.

A pesar de estas precauciones, ocurren lesiones ureterales. Es necesaria la consulta inmediata si el cirujano no se encuentra capacitado en la reparación ureteral. Si se sospecha obstrucción de un uréter, podrá obtenerse confirmación mediante inyección intravenosa de una ampolla de colorante índigo carmín, seguida por apertura de la cúpula vesical y observación de la presencia o ausencia de escurrimiento bilateral de orina teñida. De manera alternativa, se puede establecer la permeabilidad ureteral mediante apertura de la cúpula vesical y colocación de catéteres férulas ureterales en sentido retrógrado. La valoración cistoscópica puede sustituir a la apertura de la vejiga para valorar la salida de orina teñida por las bocas ureterales¹⁰.

Lesión vesical

A causa de las relaciones anatómicas estrechas entre vejiga, útero y parte alta de la vagina, esta última es el segmento de las vías urinarias inferiores más vulnerable a la lesión quirúrgica. Puede ocurrir lesión de la vejiga al abrir peritoneo o, más a menudo, durante la disección para despegarla del cuello uterino y la parte alta de la vagina.

La reparación de las heridas vesicales se efectúa con facilidad a menos que esté afectado el triángulo vesical. En caso de vejiga no radiada, basta con el cierre en uno o dos planos con material de sutura absorbible trenzado de pequeño calibre, como ácido poliglicólico del número 3-0. La vejiga debe drenarse después de la operación.

El tiempo que debe persistir el drenaje es motivo de controversias. En la vejiga que no tiene otros trastornos el drenaje debe proseguirse por lo menos hasta que desaparezca la hematuria franca, fenómeno que puede observarse antes de transcurrir 48 horas del período posoperatorio. Un criterio más conservador consiste en proseguir con el drenaje hasta que la paciente se encuentre lista para darse de alta, por lo general tres a cuatro días después. La incisión planeada en la cúpula de la vejiga se efectúa de manera semejante. Si el triángulo participa en la lesión, deberá solicitarse la ayuda de un cirujano capacitado en la reparación urológica complicada¹⁰.

Lesión intestinal

Las lesiones del intestino delgado son las lesiones intestinales más frecuentes en cirugía ginecológica. Los defectos pequeños de las capas de la serosa o muscular se pueden reparar utilizando una sola capa de puntos de sutura continua, o de puntos separados, de material de

sutura absorbible trenzado del número 3-0. Aunque se ha visto que es suficiente el cierre del intestino delgado en una sola capa, es más seguro cerrar los defectos que afectan la luz en dos capas mediante sutura de material absorbible trenzado del número 3-0. El defecto debe cerrarse en dirección perpendicular a la luz intestinal. Si se ha lesionado una parte importante, quizá se requiera resección con anastomosis.

Como la flora bacteriana del colon ascendente es semejante a la del intestino delgado, las lesiones de ambos se pueden reparar de manera semejante. Rara vez se lesiona el colon transversal en los procedimientos ginecológicos ordinarios, porque se encuentra bastante fuera del campo operatorio.

Sin embargo, colon descendente y colon rectosigmoideo están estrechamente relacionados con los elementos anatómicos de la pelvis y plantean un riesgo importante de lesión durante la cirugía ginecológica. Las lesiones que no abarcan a la mucosa se pueden reparar con una sutura corrida única de material absorbible trenzado de los números 2-0 o 3-0. Si el desgarro afecta la mucosa, se puede cerrar del mismo modo que las lesiones del intestino delgado si se ha preparado adecuadamente el colon. En caso contrario, en algunas pacientes puede requerirse colostomía de desviación para proteger el sitio reparado contra la contaminación fecal, sobre todo si el defecto mide más de 5 cm o ha ocurrido fuga del contenido intestinal¹⁰.

Prolapso de la Trompa de Falopio

El prolapso de la trompa de Falopio después de una Histerectomía es un suceso raro, y a menudo se confunde con tejido de granulación a nivel de la parte alta de la cúpula vaginal. Factores predisponentes al desarrollo de prolapso de la trompa de Falopio son desarrollo de hematoma y de un absceso a nivel de la cúpula vaginal. Hasta 50% de las pacientes que se someten a una Histerectomía vaginal formarán cierta cantidad de tejido de granulación a nivel de la bóveda.

En aquellas en que persiste el tejido de granulación después de los intentos de cauterizarlo, o que experimentan dolor cuando se trata de reseca este tejido, deberá sospecharse prolapso de trompa de Falopio. Se justifica efectuar biopsia del sitio, que suele revelar epitelio tubario si hay trompa de Falopio en este lugar.

Si se diagnostica prolapso de la trompa de Falopio, deberá repararse de manera quirúrgica. En general, se abrirá la mucosa vaginal circundante y se socavará con amplitud. A continuación se ligará la trompa a un nivel alto y se resecará, tras lo cual se efectuará cierre de la mucosa vaginal.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA

- HEMORRAGIA POSOPERATORIA

La Hemorragia que ocurre justo después de la Histerectomía se presenta en una de dos maneras.

En primer lugar, el personal de enfermería o el médico observarán salida de sangre por la vagina dentro de las pocas horas siguientes a la operación. En segundo lugar, y con menos frecuencia, se observa que la paciente tiene hemorragia escasa por la vagina pero que se deterioran sus signos

vitales como presión arterial baja y pulso rápido, valor hematocrito decreciente y dolor en el flanco o abdominal. La primera presentación suele ser de hemorragia proveniente del manguito vaginal o de unos de los pedículos. La segunda presentación puede indicar hemorragia retroperitoneal.

Cada situación se afronta de manera diferente en su valoración y su tratamiento, pero en ambos casos se aplican los mismos principios generales consistentes en diagnóstico rápido, estabilización de los signos vitales, restitución apropiada de líquidos y sangre y vigilancia de estado global de la paciente.

Una vez valorados los signos vitales, se presta atención al grado de la hemorragia. Se espera una hemorragia ligera después de cualquier Histerectomía vaginal. Sin embargo, la hemorragia sostenida durante dos a tres horas después de la operación sugiere hemostasia deficiente. Se puede llevar con prontitud a la paciente a la sala de exploración, sitio en el que se pone a la vista la región quirúrgica mediante un gran espéculo y buena iluminación. Si la hemorragia no es excesiva podrá inspeccionarse el manguito vaginal y en muchos casos se encontrará el punto que sangra en el borde del corte. Con facilidad se puede lograr la hemostasia con uno o dos puntos a través de la mucosa.

Si la hemorragia es excesiva o parece provenir desde un sitio que está por arriba del manguito, o si la paciente se encuentra muy molesta para tolerar la exploración adecuada, deberá llevarse a la sala de operaciones. Se administrará anestesia general y se explorará concienzudamente el campo operatorio vaginal. Puede suturarse o ligarse cualquier punto sangrante que se manifieste. Sin embargo, la hemorragia que proviene de un sitio por arriba del manguito, o que es demasiado viva, no suele poderse controlar a través de la vía vaginal. Se requerirá de una laparotomía exploradora para revisar el suelo pélvico, identificar y aislar al vaso sangrante y lograr la hemostasia.

Se inspeccionarán los vasos ováricos y las arterias uterinas, porque a menudo son el origen de la hemorragia vaginal excesiva. Si es difícil de localizar la hemorragia de un vaso pélvico específico, quizá requiera ligadura de la arteria hipogástrica.

En la paciente con hemorragia vaginal escasa que ha experimentado deterioro de los signos vitales deberá sospecharse hemorragia retroperitoneal. Se vigilarán la entrada y salida de líquidos. Es indispensable efectuar de inmediato determinación del valor del hematocrito simultáneo a pruebas sanguíneas cruzadas. La exploración puede revelar hipersensibilidad y matidez en el flanco.

En los casos de hemorragia intraperitoneal puede sobrevenir distensión abdominal. Los estudios radiológicos diagnósticos ofrecen confirmación de la presencia de hemorragia retroperitoneal o intraabdominal. La ultrasonografía es una opción para identificar los hematomas pélvicos bajos. Sin embargo, la tomografía computarizada brinda mejor visualización de los espacios retroperitoneales e incluso puede identificar los límites de un hematoma.

Si el estado de la paciente se estabiliza con rapidez tras la administración de líquidos intravenosos, podrá recurrirse a unos de dos criterios para la asistencia sostenida. El primero es

administrar a la paciente una transfusión y efectuar determinaciones seriadas del valor hematócrito y de los signos vitales. En muchos casos la hemorragia retroperitoneal se taponará por sí misma y se detendrá, con formación de un hematoma que se reabsorberá en última instancia. El riesgo con este criterio es que el hematoma podría infectarse más tarde, y requerir por tanto drenaje quirúrgico. En algunos casos, cuando la paciente se encuentra estable puede considerarse la conveniencia de efectuar embolización radiográfica.

Otra opción es efectuar una operación abdominal exploratoria mientras la paciente se encuentra estable. Esta decisión añade la morbilidad de un segundo procedimiento, pero evita la posibilidad de que se deteriore el estado de la paciente con el retraso sostenido o con la formación de un absceso pélvico. Una vez obtenida la exposición adecuada, se abre el peritoneo que está sobre el hematoma y se evacua la sangre que se encuentre. Se identificarán y ligarán todos los vasos sangrantes.

De nuevo en este caso, si el control de la hemorragia es difícil deberá pensarse en la conveniencia de efectuar ligadura unilateral o bilateral de la división anterior de la arteria ilíaca interna. Una vez lograda la hemostasia, se drena la pelvis mediante un sistema cerrado IO.

- INFECCIÓN DE LA HERIDA

Después de la Histerectomía abdominal, en 4 a 6 de los casos se producen infecciones en las heridas quirúrgicas. Las medidas que se cree reducen la incidencia de infección de la herida son regaderazo preoperatorio, no afeitar el pelo púbico, retirar el pelo con tijeras en la sala de operaciones si es necesario, emplear cubiertas adhesivas y antibióticos profilácticos.

COMPLICACIONES URINARIAS DE LA HISTERECTOMÍA

- RETENCIÓN DE ORINA

Es rara la retención urinaria después de Histerectomía. Si la uretra no está obstruida y se produce retención, suele deberse a dolor o atonía vesical a causa de la anestesia. Ambos son efectos temporales.

Si no se coloca una sonda después de la operación, la retención se puede aliviar al principio insertando una sonda Foley durante 12 a 24 horas. La mayoría de las pacientes pueden orinar un día después de retirarles la sonda. Si aún tienen problemas para orinar y se sospecha espasmo uretral, a menudo se logran buenos resultados con un relajante del músculo esquelético como diacepam (2mg dos veces al día). En la mayoría de los casos esperar es lo mejor que se puede hacer, y la micción suele sobrevenir de manera espontánea IO.

- LESIÓN URETERAL

Deberá sospecharse obstrucción ureteral en las pacientes con dolor en el flanco que se desarrolla poco después de la Histerectomía vaginal. La incidencia de lesión ureteral es más baja cuando se efectúa Histerectomía vaginal que cuando esta es abdominal. Un factor de riesgo de su ocurrencia es el prolapso uterino total, que se lleva consigo a los uréteres hacia el exterior de la pelvis ósea.

En la paciente con dolor en el flanco en que se sospecha obstrucción ureteral, deberán efectuarse una urografía excretora y un examen general de orina. Si se observa obstrucción durante la urografía excretora, suele encontrarse cerca de la unión ureterovesical. La primera medida, que debe tomarse de inmediato, es intentar pasar un catéter a través del uréter bajo orientación cistoscópica. Si se puede pasar el catéter, deberá dejarse colocado durante por lo menos cuatro a seis semanas para permitir que se absorban los puntos y se libere la obstrucción o se corrija el doblez del uréter. Si no se puede hacer pasar el catéter a todo lo largo del uréter, lo mejor será efectuar una operación exploratoria del abdomen con reparación del uréter en el sitio en que se encuentra obstruido¹⁰.

- FÍSTULA VESICOVAGINAL

Las fistulas vesicovaginales son más frecuentes después de la Histerectomía total abdominal por enfermedad ginecológica benigna. Las medidas transoperatorias deberán aplicarse para evitar que se forme una fístula vesicovaginal con identificación correcta del plano apropiado entre vejiga y cuello uterino, disección de la vejiga mediante instrumento cortante y no romo, y cuidado al pinzar y suturar el manguito vaginal. Es raro el desarrollo de una fistula vesicovaginal postoperatoria después de la Histerectomía; la incidencia llega a ser de 0.2% nada más.

La paciente que experimenta una fístula vesicovaginal postoperatoria, 10 a 14 días después de la operación manifiesta descarga vaginal acuosa. Algunas fistulas debidas a la operación se ponen de manifiesto cuando no han pasado todavía 48 a 72 horas del período postoperatorio. Después de explorar la vagina con un espéculo suele poderse confirmar el diagnóstico mediante inserción de un tapón de algodón en la vagina, a lo que seguirá la instilación de solución de azul de metileno o de índigo carmín a través de una sonda transuretral. Si el tapón adopta coloración azul, se confirmará la presencia de una fistula vesicovaginal. Sin embargo, si el tapón no se tiñe deberá descartarse la presencia de fistula ureterovaginal mediante inyección intravenosa de 5 ml de solución de índigo carmín. El tapón vaginal debe teñirse de azul en plazo de 20 minutos si hay fistula ureterovaginal

También se efectuará urografía excretora para descartar la presencia de obstrucción uretral

Si se diagnostica una fístula vesicovaginal, deberá insertarse una sonda Foley que se dejará colocada para el drenaje urinario prolongado. Hasta el 15 de las fistulas se cerrarán de manera espontánea en un plazo de cuatro a seis semanas de drenaje vesical que debe ser sostenido. Si no se ha producido el cierre en seis semanas, se requerirá corrección operatoria. Se recomienda esperar tres a cuatro meses desde el momento del diagnóstico antes de la reparación operatoria, para permitir que se reduzca el proceso inflamatorio y mejore el riego vascular. Después de la Histerectomía, el sitio de la fistula se encuentra por arriba del triángulo vesical y apartado de los uréteres. Cabe esperar la reparación vaginal en la mayor parte de las pacientes. La corrección quirúrgica suele efectuarse mediante cierre en cuatro planos: mucosa vesical, capa seromuscular, fascia endopélvica y epitelio vagina!

Es más frecuente la cistotomía incidental en el momento de la Histerectomía que la fistula vesicovaginal. Cuando se repara de manera correcta, es raro que la cistotomía ocasione desarrollo de fístula^{10,15}

CUIDADOS POSOPERATORIOS

- DRENAJE VESICAL

Una de las complicaciones más frecuentes después de la Histerectomía abdominal es la sobredistensión de la vejiga debida a traumatismo de esta, o resistencia de la paciente para iniciar la fase voluntaria de la micción. Por este motivo deberá dejarse colocada una sonda vesical permanente durante las 18 a 24 primeras horas del período posoperatorio.

Si se ha efectuado uretropexia retropúbica, deberá prestarse consideración al empleo de una sonda suprapúbica, que permitirá verificar los niveles residuales de orina después de la micción sin cateterismos repetitivos. Esta sonda se puede retirar cuando se logren niveles residuales satisfactorios menores de 100ml después de la micción⁷.

- DIETA

Como anticipación al caso raro en el cual la paciente debe volverse a la sala de operaciones, se permite a esta ponerse sólo trocitos de hielo en la boca el día de la operación. Durante el primer día del período posoperatorio, y si se encuentran ya ruidos intestinales, la paciente reinicia la dieta, primero con líquidos claros y a continuación con progreso hacia los alimentos sólidos según se toleren. El régimen dietético presupone manipulación y disección transoperatorias mínimas del intestino.

Las pacientes que se han sometido a disección de ganglios linfáticos pélvicos paraaórticos, cirugía del intestino u otras disecciones extensas, no deberán recibir ni líquidos claros hasta que empiecen a expulsar gases por vía anal. La dieta deberá progresar sólo según lo tolere⁷.

- ACTIVIDAD

La ambulación temprana disminuye la incidencia de tromboflebitis y neumonía. Se anima a las pacientes a iniciar la deambulacion durante el primer día del período posoperatorio y a incrementar progresivamente el tiempo fuera de la cama conforme mejore su fortaleza. En el momento del alta se dan instrucciones para que evite levantar objetos que pesen más de 10 kg durante seis semanas, con lo que será mínima la tensión sobre la fascia para permitir la cicatrización completa. No se recomienda que realicen el coito hasta que hayan pasado seis semanas después de la operación. Se les pide que eviten conducir automóvil hasta que recuperen la movilidad total, porque el dolor e hipersensibilidad posoperatorios pueden impedirles frenar repentinamente o efectuar maniobras con el volante en situaciones de urgencia. Con estas excepciones, se anima a la paciente a que retorne a las actividades normales tan pronto como se sienta bien para hacerlo⁷.

- CUIDADOS DE LA HERIDA

La incisión abdominal requiere normalmente poca tensión, salvo las medidas higiénicas ordinarias. La herida se conserva cubierta con un vendaje estéril durante las primeras 24 horas

que siguen a la operación, momento en el cual la propia incisión habrá sellado por sí misma. Una vez retirado el vendaje, se lavará la incisión todos los días con jabón suave y agua, y se conservará seca⁷.

RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO HOSPITALARIO

Antes de dar el alta a la paciente deberán revisarse las instrucciones que se le darán. Es de gran utilidad ofrecérselas impresas, e incluirán la información que sigue:

1. Evitar la actividad agotadora durante las dos primeras semanas, e incrementar el nivel de actividad gradualmente.
2. Evitar el levantamiento de objetos pesados, las duchas vaginales o el coito hasta que se reciba autorización del médico.
3. El baño puede ser en forma de regaderazo o en bañera.
4. Se seguirá una dieta regular.
5. Se evitarán los esfuerzos para las evacuaciones o la micción.
6. Se llamará al médico si sobrevienen hemorragia vaginal o fiebre.
7. Se obtendrá una cita para revisión en la fecha especificada por el médico.

El médico debe ofrecer a la paciente números telefónicos para las urgencias tanto durante las horas de consulta como después. De manera característica, la primera consulta postoperatoria se programa unas cuatro semanas después del alta del hospital. En el momento de esa consulta la paciente debe estar caminando bien, con descarga vaginal o hemorragia mínima. La exploración del manguito con espéculo debe ser suave, cuidadosa, pero debe garantizarse a la paciente que el proceso de cicatrización prosigue en condiciones normales. Por último, se responderá a las preguntas de la paciente y se le ofrecerá consejo sobre el incremento de su nivel de actividad, incluida la actividad sexual, el trabajo y las actividades normales de hogar¹².

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA HISTERECTOMÍA

Paciente y médico deben tomar en conjunto la decisión de proceder con la Histerectomía. Son inciertos los factores que hacen que la paciente o el médico se decidan por la Histerectomía y los motivos por los que las pacientes con trastornos semejantes eligen diferentes tratamientos. En el caso de muchas, la decisión de que se efectúe Histerectomía puede ser repentina. Afrontan los riesgos potenciales de la anestesia y la intervención quirúrgica y, si son premenopáusicas, deben hacer frente también a la pérdida de la menstruación ya la capacidad para procrear. Muchas mujeres se preocupan de que el procedimiento origine pérdida de la feminidad, disminución de la satisfacción sexual o aumento de los problemas interpersonales con sus cónyuges. La preocupación por la pérdida de las vías reproductivas es mayor que la relacionada con la pérdida

de los otros órganos intraabdominales. Es esencial ofrecer consejo y preparación preoperatorios adecuados para volver mínima la posibilidad de que la paciente tenga malos resultados²⁴.

- DEPRESIÓN

La variación en las reacciones de las mujeres a la Histerectomía es muy grande. En la mayor parte de los estudios se sugiere que hay pocas pruebas de que la Histerectomía incremente el riesgo de depresión. Algunos investigadores han informado depresión y aumento de la incidencia de síntomas psiquiátricos después de la Histerectomía. No se ha podido dilucidar el impacto que tiene la Histerectomía sobre el desarrollo de depresión²².

Las pacientes que experimentan ansiedad preoperatoria moderada evolucionan mucho mejor después de operarse que las que tienen poca ansiedad o ninguna, o que las que experimentaron una reacción intensificada. Tanto los retrasos prolongados de la operación como el tiempo el tiempo muy breve antes de efectuar esta aumentan la ansiedad de las pacientes. Por tanto, es necesario programarlas para la operación con varias semanas de anticipación a fin de evitar dicho problema. Las mujeres que habían planeado tener más hijos en el futuro experimentaron tener más problemas durante el período postoperatorio inmediato. La reacción de la paciente a una pérdida previa (por ejemplo, muerte de miembros de la familia) pronosticó su reacción a la Histerectomía²².

- SEXUALIDAD

La incidencia de disfunción sexual después de la Histerectomía se encuentra entre 10% y 40%.

Las estimaciones varían según las modificaciones de los estudios, las diferencias culturales y las definiciones empleadas para establecer el diagnóstico. Algunas pacientes informan disminución de la libido después de la Histerectomía, en tanto que otras sugieren que su libido se ha incrementado gracias a la reducción del miedo al embarazo no deseado. A menudo la ansiedad preoperatoria por el funcionamiento sexual se acompaña de deterioro global de las relaciones sexuales.

El material publicado se inclina a favor de que la Histerectomía no produce secuelas psiquiátricas o disminución del funcionamiento sexual en la mayoría de las pacientes. El mejor aspecto pronóstico de satisfacción de la Histerectomía es la comprensión preoperatoria que tiene la paciente del procedimiento. El mejor factor de predicción del funcionamiento sexual postoperatorio es la satisfacción sexual preoperatoria de la paciente. Se hablará con la paciente de estos aspectos antes de operarla, y se responderán sus preguntas y mitigarán sus preocupaciones a fin de disminuir el miedo y la ansiedad de ella²³.

JUSTIFICACIÓN

El hospital de la Mujer es un centro de concentración para múltiples patologías tanto ginecológicas como obstétricas, uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en el servicio de urgencias como en el de consulta externa son los sangrados uterinos anormales, peri o post menopáusicos, cuyo principal diagnóstico etiológico es la miomatosis uterina, sin embargo en algunos casos puede tratarse de patología maligna o premaligna, la mayoría del tratamiento que se ofrece es la histerectomía.

En la actualidad la histerectomía tiene un lugar preponderante dentro de la terapéutica quirúrgica ginecológica, la cual siempre se realiza con indicaciones precisas, por lo tanto es de esperarse que no se presenten complicaciones durante su ejecución. En estos momentos la histerectomía es un procedimiento seguro cuando se efectúa por manos expertas y es utilizado en todos los centros que se dedican a la práctica ginecológica, constituye una intervención quirúrgica de relevante valor cuando se diagnostica patología uterina refractaria al tratamiento médico o bien no tratable por este medio, así mismo puede conjuntarse un tratamiento quirúrgico y médico y traer como resultado el bienestar en muchos de los casos brindando alivio de las pacientes.

Esta tesis pretende mostrar desde un enfoque retrospectivo y una metodología cualitativa la incidencia de diagnóstico de patología maligna en útero a partir de las piezas quirúrgicas extraídas de pacientes con diagnóstico clínico de patología benigna, localizadas en el hospital de la mujer en un período que va del año 2007 al año 2012. Durante estos cinco años se reestalaron estudios histopatológicos de 400 piezas uterinas histerectomizadas. De dichas piezas se ubicaron los expedientes de 30 pacientes en las cuales el diagnóstico inicial fue patología benigna.

En el Hospital de la Mujer, al igual que en otros centros ginecológicos, esta cirugía es una práctica habitual, las candidatas para efectuarles el procedimiento se someten a una valoración clínica, basada en el interrogatorio y la exploración, teniendo especial atención en la exploración ginecológica. Se toma siempre un protocolo, que incluye: muestra para estudio citológico exo y endocervical, estudio ultrasonográfico pélvico y biopsia o legrado biopsia según sea el caso.

Las indicaciones para realizar este tipo de procedimiento son múltiples, cuando se ha hecho la extirpación uterina, por regla la pieza extraída es enviada para estudio histopatológico, esperando su reporte días posteriores ya sea de malignidad o benignidad. Motivo por el cual, es conveniente hacer un análisis detallado acerca de los diagnósticos preoperatorios y el diagnóstico definitivo de patología en las pacientes que son sometidas a histerectomía en el Hospital de la mujer.

Estamos convencidos que un diagnóstico temprano de malignidad puede minimizar el impacto de esta enfermedad, por lo que orientados ya a un protocolo bien establecido que se efectúa en todas las pacientes que van a ser histerectomizadas en el Hospital de la Mujer, nos llama la atención cual es la causa del diagnóstico histopatológico maligno.

El conocer la realidad y las características de la problemática en especial de los factores de riesgo y los estudios complementarios que se realizan para el diagnóstico, la causa de operar a pacientes con protocolos incompletos, analizar esto nos permite evaluar el manejo actual de las pacientes y plantear mejoras así como los cambios que sean necesarios para la atención y seguimiento adecuado.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

1.- ¿Cuál es la frecuencia de cancer como diagnóstico histopatológico definitivo en piezas quirúrgicas (útero) de histerectomía procedente de cirugía programada por patología benigna?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante mi estancia en el hospital de la mujer como médico residente tuve la oportunidad de observar un gran número de procedimientos quirúrgicos ginecológicos que se realizan diariamente predominando la histerectomía total abdominal por lo que me parece que es de suma importancia conocer las indicaciones precisas para la realización de un procedimiento quirúrgico de este tipo. Teniendo en mente esta situación, se evitará someter a la paciente a una intervención quirúrgica, con todos los riesgos que esto implica, sin tener un motivo suficiente para su exposición.

Desafortunadamente no contamos con un sistema de registro estricto de las pacientes que no cuentan con un protocolo de estudio completo (ya establecido por el hospital) para descartar patología maligna, por lo anterior con mucha frecuencia se subestima y no se presta la importancia necesaria a pacientes con factores de riesgo, ocasionando posteriormente un diagnóstico tardío.

Es necesario un adecuado estudio preoperatorio que identifique pacientes de riesgo para patología maligna. Es importante resaltar que la falta de sospecha de dicho diagnóstico deriva en un incumplimiento de protocolo quirúrgico al encontrarse incompleto y causar aumento en los diagnósticos incidentales de cáncer en piezas quirúrgicas, situación que impacta gravemente en las pacientes debido a que del diagnóstico precoz depende un tratamiento oportuno, y este, a su vez, influye directamente en la supervivencia y pronóstico de estas pacientes.

Dentro del Hospital de la Mujer se realiza un protocolo de estudio completo para la valoración de pacientes antes de su intervención quirúrgica, con la finalidad de disminuir la incidencia de error sin embargo y a pesar de la realización del protocolo ya establecido, se ha observado que con cierta frecuencia se presentan casos en los que el reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica se reporta con patología maligna.

Realizar un tratamiento quirúrgico como la Histerectomía en pacientes en las que no se sospecha patología maligna y, posteriormente, esta se reporta en estudio histopatológico, deriva en la mayoría de las ocasiones en la necesidad de una segunda intervención qx para realizar etapificación y una extensión de márgenes, lo que conlleva a un retraso de tratamiento adecuado y aun incremento de gastos médicos, además de a un pronóstico peor en las pacientes.

Es muy necesario conocer la eficacia de los estudios complementarios con los que cuenta el hospital y la causa por la que no se cumplen estos, así como la incidencia de la correlación clínica patológica de las piezas quirúrgicas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la frecuencia de diagnóstico de cáncer ginecológico en piezas quirúrgicas de histerectomía con diagnóstico previo de patología benigna.

Específicos:

- Definir el porcentaje de pacientes que cuentan con protocolo completo y diagnóstico histopatológico de malignidad.
- Establecer las razones por las que no se cumple el protocolo de estudio ya establecido en el hospital de la mujer.
- Establecer el tipo de cáncer más frecuente encontrado en piezas quirúrgicas de histerectomía.
- Determinar el porcentaje de pacientes con alteraciones metabólicas.
- Correlacionar los grupos de edad de las pacientes en las cuales se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico y verificar si corresponde a lo establecido en la literatura internacional.

HIPOTESIS:

El diagnóstico de cáncer ginecológico en piezas quirúrgicas procedentes de cirugías indicadas por patología benigna será mayor en aquellas pacientes que no cumplen con protocolo completo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Se diseñó un estudio con método descriptivo, observacional, retrospectivo y trasversal con un tipo de análisis retrospectivo en el que se revisaron los registros de diagnósticos histopatológicos de malignidad en piezas quirúrgicas (histerectomías) etiquetadas por patología maligna en el departamento de Anatomía-Patología del Hospital de la Mujer, en un período de 5 años (2007-2012), incluyendo todas las piezas de útero con o sin extirpación de anexos.

Selección

Se realizó la revisión de las piezas obtenidas por histerectomía y se localizaron 400 piezas con diagnóstico definitivo de cáncer de útero.

Una vez localizadas las piezas, se trató de establecer una correlación del diagnóstico patológico definitivo con el diagnóstico previo señalado en el expediente y a la intervención quirúrgica.

Se consideraron las piezas quirúrgicas por histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida con diagnóstico pre quirúrgico de patología benigna y diagnóstico histopatológico de patología maligna con un total de 30 piezas durante un período comprendido entre enero del 2007 y diciembre del 2012 en el Hospital de la Mujer.

Recolección de Datos

La recolección de los datos la realizaremos por medio de reportes de patología revisando la discordancia de diagnósticos y revisión de expedientes clínicos.

Los datos obtenidos en los expedientes para realizar esta investigación se manejaron con total confidencialidad y se mantendrá el anonimato de las pacientes participantes en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1) Expedientes con historias clínicas completas.
- 2) Presencia de protocolo pre quirúrgico.
- 3) Nota pre y pos quirúrgica.
- 4) Diagnóstico previo a la Histerectomía de patología benigna.
- 5) Diagnóstico histopatológico final de la pieza quirúrgica de patología maligna.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Serán excluidos todos los expedientes que no reúnan los criterios de inclusión.

Variables:

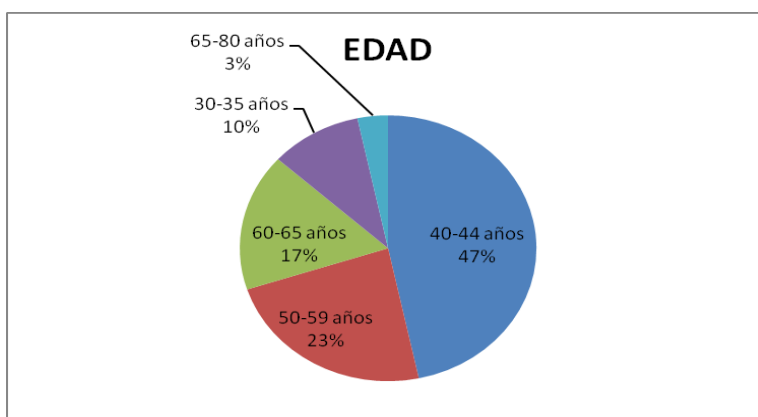
- Edad
- Peso
- Paridad
- Tamaño de la pieza
- Tiempo del PA
- IMC
- Inicio de vida sexual activa
- Antecedentes heredofamiliares de cáncer
- Estatus menstrual: pre-menopáusica, pos-menopáusica
- Tiempo de reporte histopatológico a la paciente
- Protocolo de estudio para las pacientes quirúrgicas
- Protocolo incompleto

RESULTADOS:

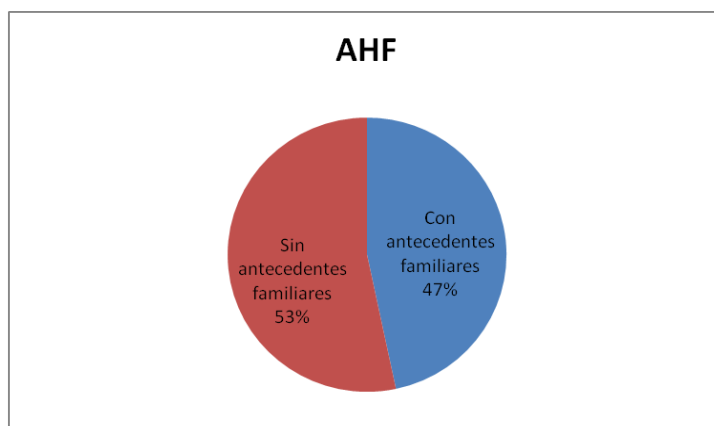
Posterior al análisis de todos los datos obtenidos con los pacientes podemos mencionar lo siguiente:

La muestra de pacientes estudiados incluyó 30 pacientes que fueron sometidos a histerectomías abdominales con diagnóstico histopatológico de patología maligna, las cuales representan el 8% del total de 400 pacientes que fueron tratados en los años de 2007 al 2012, encontrando un total de 370 pacientes (92%) con adecuado diagnóstico y tratamiento.

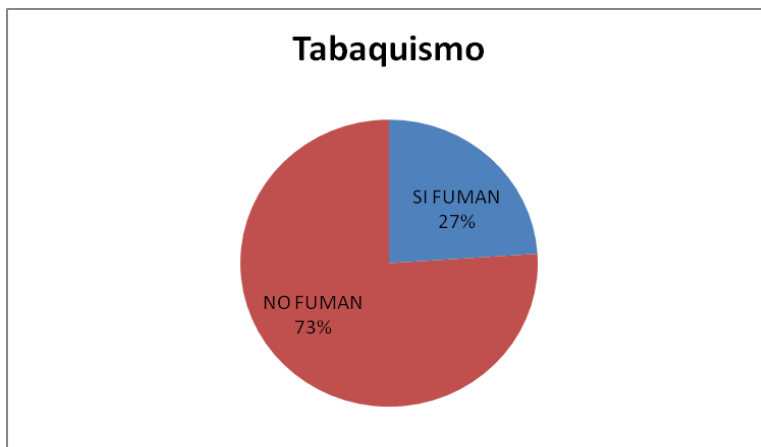
Nuestro análisis mostró que una de las causas más frecuentes de histerectomía fue la miomatosis uterina con datos de hiperpolimenorrea, así como que el rango de edad de estas pacientes histerectomizadas fue de 30 a 80 años con un promedio de 41 años, siendo el grupo más afectado las pacientes entre 40 y 44 años de edad (47%), y en segundo lugar las pacientes entre 50 y 59 años (23%).



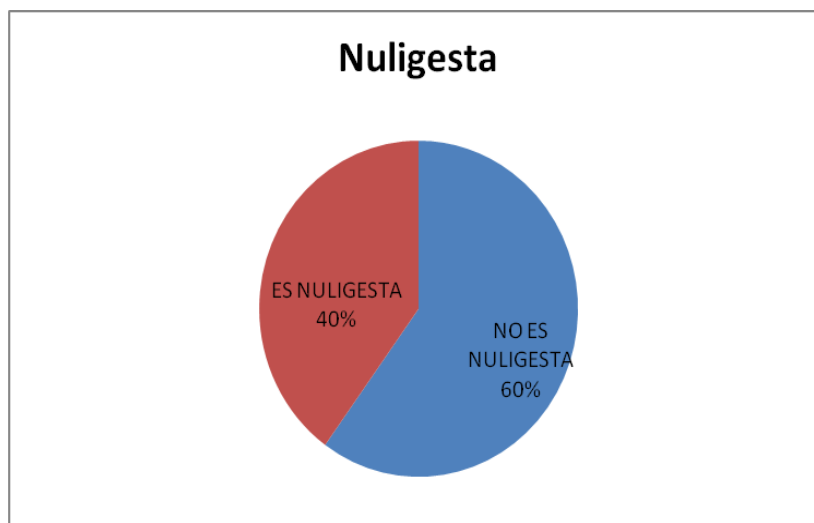
Del estudio de los antecedentes heredofamiliares de las pacientes encontramos que un 53% no contaban con antecedentes previos de ningún tipo de cáncer, mientras que las pacientes que sí contaban con antecedente de cáncer familiar fue de un 47%.



El porcentaje de pacientes que contaban con antecedentes personales de consumo de tabaco (de por lo menos 3 cigarros al día) fue 27%, mientras que el de las pacientes que no contaban con tabaquismo fue 73%.

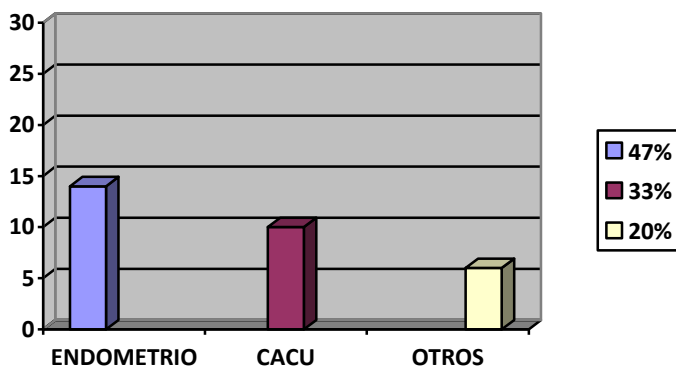


Como antecedentes trascendentales se encuentra que el 60% de estas pacientes son nuligestas mientras que el 40% no lo son.



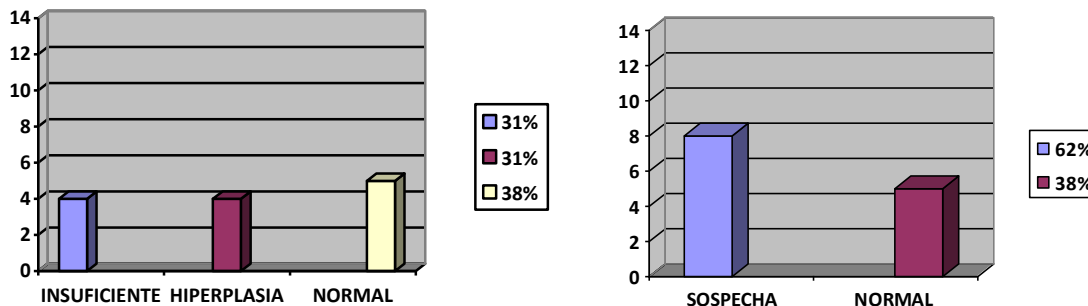
Dentro de este estudio podemos identificar los tipos más frecuentes de cáncer que se presentaron en el Hospital de la Mujer, en un período de 5 años (2007-2012), encontrando que el cáncer de endometrio representa la patología maligna más frecuente con 47% (14 de 30 pacientes); en segundo lugar el cáncer cervicouterino con un 33% (10 de 30 pacientes), y otras patologías malignas representan el 20%: sarcoma del estroma (13%), leiomiosarcoma y cáncer de células transicionales (7%).

CLASIFICACIÓN DE CÁNCER CON MÁS INCIDENCIA



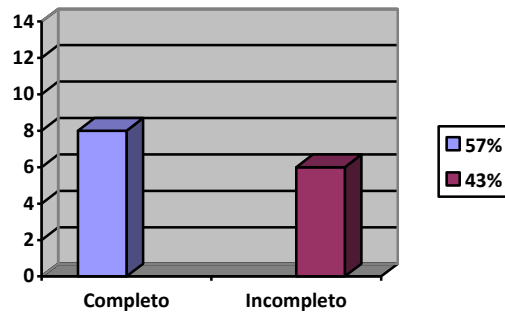
Los casos con diagnóstico definitivo de cáncer de endometrio son los que presentan mayor incidencia (47%), y en todos los casos se contó con protocolo pre-quirúrgico (desglosado en la tabla 1). Ahí se observó que el diagnóstico clínico en estos casos fue miomatosis uterina (71%) e hiperplasia (29%), así como que en el resultado de la biopsia que se reporta por el servicio de patología fueron reportados como muestra insuficiente un 31% y como normal un 38%, lo que nos da un total de 69% de biopsias de endometrio donde no se puede sospechar de patología maligna, y solo un 31% que se reporta como hiperplasia donde dependiendo de los factores de riesgo podríamos sospechar de patología maligna.

REPORTE DE BIOPSIA EN CASOS CON PATOLOGÍA DE CÁNCER ENDOMETRIAL



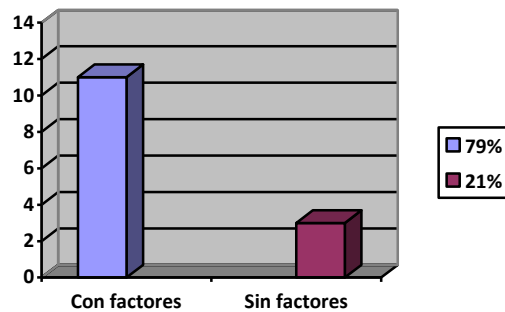
En cuanto al PAP, se reporta en estos casos como negativo en el 79% y como muestra insuficiente en un 21%; si se toma en cuenta el USG encontramos que 47% de estos pacientes cuentan con un reporte de grosor endometrial de 10 a 26 mm, por lo que podemos identificar que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer endometrial y con protocolo pre quirúrgico completo es de 43%, mientras que el de aquellas que cuentan con protocolo pre quirúrgico incompleto es de 57%.

PACIENTES CON DX DE CA DE ENDOMETRIO CON PROTOCOLO



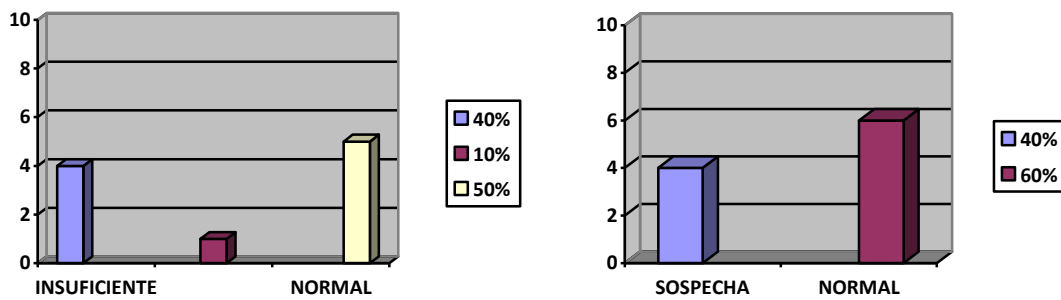
En cuanto a los factores de riesgo que se identifican para la patología de cáncer endometrial (tabla 1), podemos señalar que 79% de estas presentan algún factor de riesgo, mientras que el 21% no presenta aparentemente factores de riesgo; estos resultados identifican la importancia de historias clínicas bien realizadas donde no se minimicen los factores de riesgo que la paciente presenta.

PACIENTES QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO



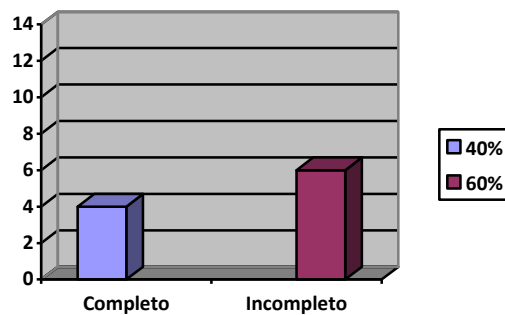
En segundo lugar, pero no por eso menos importante, se identificó que el diagnóstico histopatológico de cáncer cervicouterino se presentó en 33% de las pacientes. Por otra parte, como resultado de la revisión del protocolo pre-quirúrgico (desglosado en la tabla 2) identificamos que la biopsia cervical reportada como muestra insuficiente por el servicio de patología correspondió a 40%, mientras que la reportada como normal ascendió a 60%, lo que nos da un total de 60% de biopsias donde se puede sospechar de patología maligna, y solo un 40% que se reporta como normal a pesar de este reporte dentro de los diagnósticos clínicos se encontró que en estos casos en su mayoría las pacientes fueron diagnosticadas como miomatosis uterina en un 90% y la hiperplasia en un 10%.

REPORTE DE BIOPSIAS EN CASOS CON PATOLOGÍA DE CÁNCER CERVICOUTERINO



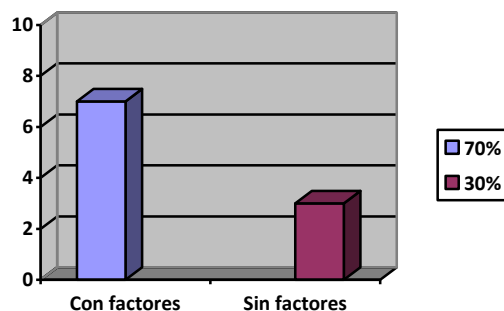
En cuanto al PAP se reporta en estos casos como negativo en el 80% y como muestra insuficiente en un 20%, por lo que podemos identificar que las pacientes que cuentan con diagnóstico de cáncer cervicouterino y con protocolo pre quirúrgico completo son 40%, mientras que aquellas que cuentan con protocolo pre quirúrgico incompleto son el 60%.

PACIENTES CON DX DE CACU CON PROTOCOLO



En cuanto a los factores de riesgo que se identifican para la patología de cáncer cervicouterino (tabla 2), podemos señalar que el 70% de estas presentan algún factor de riesgo, mientras que el 30% no presenta aparentemente factores de riesgo. Como factores de riesgo que conviene resaltar está el sangrado pos menopausico, el cual se presentó en el 50% de estas pacientes, así como el inicio temprano de vida sexual activa (antes de los 16 ños), que se observó en el 60% de las pacientes. Estos resultados identifican la importancia de historias clínicas bien realizadas y la pericia del médico para sospechar de alguna patología maligna frente a factores de riesgo.

PACIENTES QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO PARA CACU



Por último podemos revisar (tabla 3) los diagnósticos de patología maligna menos frecuentes (20%), encontrando diagnóstico histopatológico de sarcoma del estroma, leiomiocarcinoma y de células atípicas, de los cuales el 25% cuentan con protocolo incompleto y el 75% cuenta con protocolo completo, lo que nos hace pensar en relación con los leiomiocarcinomas que es difícil su diagnóstico si no se cuenta con estudios más especializados como TAC o RM. En cuanto a los factores de riesgo (tabla 3) se destaca que no cuentan con antecedentes personales o familiares de alguna patología, existiendo solo un caso de sangrado pos menopáusicos.

CONCLUSIONES

El servicio de Ginecología quirúrgica actualmente cuenta con un protocolo establecido estandarizado para la realización de cirugía quirúrgica dependiendo de la patología a tratar; en este caso se trata de una patología uterina, por lo que el protocolo incluye USG, Biopsia de endometrio, laboratorios de control, valoración por MI y Pre-anestésica.

No obstante lo anterior, observamos que en el cáncer de endometrio el 47% de las pacientes (8 de 14) no contaron con el protocolo completo, dado que el servicio de histopatología reportó muestras insuficientes en la mayoría de los casos; en el cáncer cervicouterino 33% de las pacientes (6 de 10) no contaron con protocolo completo, y de los diferentes diagnósticos, 2 de los 6 casos restantes de cáncer reportado por causas diversas no contaron con protocolo completo lo que nos hacen un total de 53% con protocolo incompleto así que solo el 47% de las pacientes cumplieron con ese protocolo.

Basado en la revisión de la literatura así como en los resultados obtenidos podemos concluir que la patología endometrial se encuentra en aumento y desafortunadamente no se cuenta con un equipo especializado para el reporte adecuado de histopatología así como la falta de experiencia en el médico residente que toma la muestra, si a esto le sumamos que no se identifican adecuadamente los factores de riesgo que nos pueden hacer sospechar de patología endometrial o maligna. La valoración histopatológica de una muestra de endometrio en una mujer con emorragia anormal permite identificar infecciones o lesiones neoplásicas como hiperplasia endometrial, cáncer o pólipos, pero para esto se utiliza un legrado biopsia lo que aumenta los riesgos quirúrgicos, los costos, el dolor posoperatorio y la necesidad de anestesia en nuestro hospital los principales obstáculos a los que nos enfrentamos han sido los costos ya que si se contara con un servicio de histeroscopia donde se puedan tomar las biopsias dirigidas principalmente esto disminuiría los reportes de muestras insuficientes y se diagnosticarían con más frecuencia patología maligna.

ANEXOS

Tabla 1 RESULTADOS DE PROTOCOLO PRE-QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO.					
DAGNOSTICO CLINICO (HC)	DIAGSTICO BIOPSIA	PAPANICOLAO	PREOPERATORIOS (BH, QS, TP, TPT)	USG	Dx:Histopatológico
HIPERPLASIA	HIPERPLASIA	NEGATIVO	NORMAL	E:26MM U:10X4X3CM	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:12X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	SECRETOR	ATROFIA	ANEMIA	E:7MM U:9X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	HIPERPLASIA	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:7X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:7X4X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
HIPERPLASIA	SECRETOR	INSUFICIENTE	NORMAL	E:27MM U:7X4X3CM	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:10MM U:12X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	DM (DESCONTRADA)	E:18MM U:11X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	SECRETOR	INSUFICIENTE	NORMAL	E:15MM U:12X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	PROLIFERATIVO	NEGATIVO	ANEMIA	E:5MM U:9X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:9MM U:8X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:7X4X3CM (M.PEQUEÑOS)	ENDOMETRIO
HIPERPLASIA	HIPERPLASIA	NEGATIVO	ANEMIA	E:25MM U:14X9X3CM	ENDOMETRIO
HIPERPLASIA	HIPERPLASIA	INSUFICIENTE	NORMAL	E:17MM U:12X7X3CM	ENDOMETRIO

Fuente:Expedientes del archivo clinico del Hospital de la Mujer.

ANEXOS

Tabla 1a

**FACTORES DE RIESGO QUE SE ENCUENTRAN EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO**

EDAD	NULIGESTA	TABAQUISMO	AHF
62 AÑOS	NO	NO	SI
46 AÑOS	NO	NO	SI
39 AÑOS	SI	SI	NO
42 AÑOS	SI	NO	NO
53 AÑOS	NO	SI	NO
39 AÑOS	NO	NO	NO
46 AÑOS	SI	NO	NO
46 AÑOS	NO	NO	SI
44 AÑOS	NO	NO	NO
50 AÑOS	NO	NO	SI
82 AÑOS	SI	NO	SI
40 AÑOS	NO	SI	SI
67 AÑOS	SI	SI	NO
56 AÑOS	NO	NO	NO

Fuente:Expedientes del archivo clinico del Hospital de la Mujer.

ANEXOS

Tabla2					
RESULTADOS DE PROTOCOLO PRE-QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO					
DIAGNÓSTICO CLÍNICO (HC)	DIAGNOSTICO BIOPSIA	PAPANICOLAO	PREOPERATORIOS (BH, QS, TP, TPT)	USG	ENTIDAD: CA
HIPERPLASIA	HIPERPLASIA	NEGATIVO	NORMAL	E:25MM U:9X4X3CM	CACU
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:10X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:15X3X3CM (M.GRADES)	CACU
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:7X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:7X4X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU
MIOMATOSIS	SECRETOR	INSUFICIENTE	NORMAL	E:27MM U:17X7X5CM (M.GRADES)	CACU
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:10MM U:12X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	NORMAL	E:18MM U:11X7X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU
MIOMATOSIS	SECRETOR	INSUFICIENTE	NORMAL	E:15MM U:8X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:5MM U:9X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	CACU

Fuente:Expedientes del archivo clinico del Hospital de la Mujer.

ANEXOS

Tabla 2ª

FACTORES DE RIESGO QUE SE ENCUENTRAN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO

EDAD AÑOS	NULIGESTA	TABAQUISMO	IMC	AHF	MENOPAÚSICA	IVSA AÑOS
66	NO	NO	24	NO	SI	16
45	NO	NO	39	SI	NO	15
43	NO	NO	24	SI	NO	21
45	NO	NO	30	SI	SI	15
49	NO	SI	22.1	SI	NO	17
43	NO	NO	23	SI	NO	20
45	NO	NO	3.6	SI	NO	15
54	NO	SI	28	NO	SI	16
61	NO	NO	30	NO	SI	20
56	SI	SI	30	SI	SI	15

Fuente:Expedientes del archivo clinico del Hospital de la Mujer.

ANEXOS

Tabla 3

RESULTADOS DE PROTOCOLO PRE-QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO (HC)	DIAGNÓSTICO BIOPSIA	PAPANICOLAO	PREOPERATORIOS (BH, QS, TP, TPT)	USG	ENTIDAD: CA
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	NEGATIVO	ANEMIA	E:25MM U:19X9X5CM (M.GRANDES)	SARCOMA DEL ESTROMA
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:12MM U:11X9X3CM (M.PEQUEÑOS)	SARCOMA DEL ESTROMA
MIOMATOSIS	INSUFICIENTE	INEGATIO	NORMAL	E:14MM U:15XX3CM (M.GRANDES)	SARCOMA DEL ESTROMA
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:17MM U:17X8X5CM (M.GRANDES)	SARCOMA DEL ESTROMA
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:27X10X5CM (M.GRAMDES)	LEIOMIOSARCOMA
MIOMATOSIS	SECRETOR	NEGATIVO	NORMAL	E:7MM U:11X5X3CM (M.PEQUEÑOS)	DE CELULAS TRANS,

Tabla 3ª

FACTORES DE RIESGO QUE SE ENCUENTRAN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER

EDAD AÑOS	NULIGESTA	TABAQUISMO	IMC	AHF	MENOPAÚSICA	IVSA AÑOS
53	NO	NO	29	NO	NO	17
36	NO	SI	32	NO	NO	15
40	NO	NO	26.7	NO	NO	23
68	NO	NO	29	NO	SI	19
54	SI	NO	43	NO	NO	/
45	SI	NO	23	NO	NO	33

Fuente:Expedientes del archivo clinico del Hospital de la Mujer.

BIBLIOGRAFIA

1. Lee Alearman, MD, PhD, Miriam Kupermann, PhD, MPH, Elena Gates, MD, Steven E Gregorich, PhD, James Lewis, MD, A Eugene Washington MD, MSC. *Predictors of Hysterectomy in Women with Common Pelvic Problems: A uterine Survival Analysis*. J Am Coll Surg 2007; 204: 633-641.
2. Wouter J. K. Hehenkamp, MD, Nicole A. Volters, MD, Peter F.J. Dunder Winkel, MD, Sjoerd de Blok, MD, PhD, Erwin Bimie, PhD, Willem M. Ankum, MD, PhD, Jim A. Reekers, MD, PhD. *Uterine artery embolization versus Hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids (Emmy Trial): Peri-and post procedural results from a randomized controlled trial*. Am. Jour Obstetric and Gynecology 2005.
3. R. Edgard Varner, Christine C. Ireland, Robert L. Summitt Jr, Holly E. Richter, Lee A, Learman, Eric Vittingnoff, Miriam Kuppermann, Eugene Washington, Stephen B. Hulley for the Ms Research Group. *Medicine of Surgery (Ms): a randomized clinical trial Women with abnormal uterine bleeding*. Contolled clinical Trials 25 (2004) 104-118.
4. Walloch, Edward E. MD; Vlahus, Nikos F. MD. *Uterine Myomas: An overview of Development, Clinical Features and Management*. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Volume 104 (2). August 2004, pp 393-406.
5. Andrew r. Brill, MD. *Hysterectomy in the 21st Century: Different Approaches, Different Challenges*. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 49, number 4,722-735, 2006.
6. Naik, R, Cross, P; Nayar, A; Mayadevi, S; Lopes, A; Godfrey, K; Hatem, H. *Conservative surgical management of small-volume stage IBI cervical cancer*. International Journal of Obstetrics and Gynecology, 2007, pp 958-963.
7. Malcolm G. Munro, MD, FRCS (C), FACOG. *The evolution of Uterine Surgery*. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 49, Number 4,713-721. 2006.
8. Munro, Malcolm G. MD, FRCS (C), FACOG. *Management of Heavy Menstrual Bleeding: Is Hysterectomy the Radical Mastectomy of Gynecology?* Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 50, Jun 2007, pp 324-353.
9. Pitkin .lean. *Dysfunctional uterine bleeding*. British Medical Journal Publishing Group Ltd. Vol. 334, May 2007, pp 1110-1111.
10. K. Mc Pherson, M.A. Metcalfe, A. Herbert, M, Maresh, A Casbard, 1. Hargreaves, S. Bridgman, A. Clarke. *Severe complications of Hysterectomy: The VALUE study*. Intemational Journal of Obstetrics and Gynecology, July 2004, Vol III, pp 688-694.

11. Lee A. Learman, MD, PhD, Robert L. Summitt Jr, MD, R. Edward Varner, MD, Rolly E. Richter, PhD, MD, Feng Lin, MS, Christine C. Ireland, MPR, Miriam Kuppermann, PhD, MPH, Eric Vittingnoff, PhD, Jonathan Showstack, PhD, MPH, A. Eugene Washington, MD, MSc, and Stephen B. Hulley. MD, MPH, for the Medicine or Surgery Research Group. *Hysterectomy Versus Expanded Medical Treatment for Abnormal/ Uterine Bleeding*.
12. *Clinical Outcomes in the Medicine of Surgery Trial*. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2004. Vol 103.
13. Janet M. Turpy, MD, Cassio Lynn, MA. *Hysterectomy*. The Journal of the American Medical Association, March 2004, Vol. 29, No. 2.
14. Maura K. Whiteman, PhD; Susan D. Hillis, PhD; Denise I. Jamerson, MD, MPH; Brian Morrow, MS; Michelle N. Podgornik, MPH; Kate M. Brett, PhD; Polly A. Marchbanks, PhD. *Inpatient Hysterectomy surveillance in the United States. 2000-2004*. Am J Obstet Gynecol 2007.
15. William H. Parker, MD. *Uterine myomas: Management*. American Society for Reproductive Medicine. August 2007, Vol. 88, No. 2.
16. Magali Robert MD; Amuchou Suralsham, MD; Reg Sauve, MD. *Postoperative urinary incontinence after total abdominal Hysterectomy or supracervical Hysterectomy: a metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 264.e 1-264.e5.
17. Gavin F. Jacobson, MD; Ruth E. Shaber, MD; Mary Anne Armstrongs, MA; Yun-yi Hung, PhD. *Changes in rates of Hysterectomy and uterine conserving procedures for treatment of uterine leiomyoma*. Am J Obstet Gynecol 2007; 196: 601.e1-601.e6.
18. Tommáso Susini, Giambattista Mássi, Giani Amuni, Carlo Carriero, Mauro Marchionni, Gianluigi Taddei, and Gianfranco Scarselli. *Vaginal Hysterectomy and Abdominal Hysterectomy for treatment of Endometrial Cáncer in the Elderly*. Gynecol Oncol 2005; 105: 314-318.
19. *Adenomyosis. Lifting the curse, 2008*.
20. Brandsburg, B.I; Nikolajsen, L.I; Kehlet, H.2; Jensen, T.S.I. *Chronic pain after Hysterectomy*. American Journal of Obstetricians and Gynecologists 2007.
21. Falcone, Tommáso MD, FRCSC 1; Walters, Mark D, MD2. *Hysterectomy for Benign Disease*. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 111 (3): 753-763, March 2008.
22. Glaze, Sarah MDI; Ekwalinga, Pauline MDI, Roberts, Gregory BSc I ; Lange, Jan MDI;

- Birch, Colin MDI; Rosengarten, Albert MDI; Jarrell, John MDI; Ross, Sue PhD 1,2,4. *Peripartum Hysterectomy: 1999 to 2006*. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 111 (3): 732-738, March 2008.
23. Wang, X. W. RN, MSI; Lambert, C.E. RN, PhD, CS, FAAN2; Lambert, V, A, RN, DNSC FAAN2. *Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge*. International Nursing Review. 54(3): 271-279, September 2007.
24. Bradford, Andrea MA; Maeston, Cindy PhD. *Sexual Outcomes and Satisfaction with Hysterectomy: Influence of Patient Education*. Journal of Sexual Medicine. 4(1): 106-114, January 2007.