

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA



MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN 249
OPERACIONES GINECOLGICAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA EL D R.

DANIEL SOTELO LOPEZ



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.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN 249 OPERACIONES GINECOLOGICAS

En los últimos años han disminuído en forma considerable las complicaciones resultantes de la cirugía ginecológica (1), derivándose lo anterior de la educación higiénica y dietética de las pacientes, o sea, haciendo prevención primaria. Por otro lado, el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de padecimientos asociados como por ejemplo la anemia, enfermedades cardiovasculares, diabetes, urosepsis, patología digestiva y padecimientos ginecológicos infecciosos agregados nos permite hacer prevención secundaria. La prevención terciaria se ha logrado -- con la planeación de la cirugía previo diagnóstico clínico confirmado por métodos paraclínicos y en ocasiones exploración bajo anestesia, procedimientos de asepsia y antisepsia con nuevas sustancias químicas, utilización profiláctica de antibióticos, posiciones correctas en el trans y postoperatorio, empleo cada vez mayor de incisiones ampliaóoras, mejoramiento de las técnicas anestésicas, la selección de las técnicas operatorias adecuadas de acuerdo a la indicación quirúrgica establecida, en -- buen manejo de líquidos y electrolitos durante y después de la cirugía ginecológica y el mayor cuidado en el manejo de sondas y drenajes.

Las principales complicaciones citadas por algunos autores (2,3,4) son las infecciones postoperatorias del tipo de pelvicolitis y abscesos; dehiscencias de heridas quirúrgicas; --

complicaciones urológicas como urosepsis, retención urinaria, incontinencia urinaria y lesiones del aparato urinario; complicaciones digestivas tales como heridas del intestino, íleo paralítico y fístulas.

Por ignorar la verdadera frecuencia de complicaciones postoperatorias que se han presentado en nuestro servicio de ginecología-obstetricia, decidimos elaborar el presente trabajo, bajo la suposición de que probablemente nuestra morbilidad operatoria y postoperatoria era alta y que ésto dependía de diversos factores por conocer.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fué analizar las complicaciones quirúrgicas de operaciones ginecológicas que se presentaron en el servicio de ginecología-obstetricia del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE, de septiembre de 1971 a septiembre de 1973.

MATERIAL Y METODOS

Se hizo el estudio retrospectivo por medio de la revisión de 244 expedientes clínicos de pacientes operadas. Los elementos de juicio para incluir a las pacientes en el estudio fueron: historia clínica completa, exámenes de laboratorio de rutina, colposcopia, citología exfoliativa, pruebas de tendencia hemorrágica y en ocasiones estudios especiales como histerosalpingografía, ginecografía, pelvineumografía, urografía excretora, uretrocistografía,

frotis y cultivo de secreciones genitales, urocultivo, y, en mujeres de mas de 40 años valoración cardiológica. Se excluyeron del estudio los legrados biopsia hemostáticos y la cirugía de glándulas de Bartholin; también los expedientes correspondientes a cirugía ginecológica de tipo oncológico por tratarse de un número reducido de casos.

De los expedientes revisados se hizo el análisis de los correspondientes a complicaciones considerando edad, número de gestaciones, paridad, antecedentes de abortos, casareas, cirugía previa, tanto abdominal como vaginal, antecedentes personales patológicos, indicaciones de la cirugía, técnica realizadas y las complicaciones de infección, dehiscencia de heridas quirúrgicas y lesiones de órganos vecinos al aparato genital.

Se formaron 2 grupos: El grupo A, constituido por aquellas pacientes que fueron sometidas a cirugía por vía abdominal; el grupo B que incluía a aquellas pacientes en quienes se realizó cirugía por vía vaginal.

El análisis de las complicaciones se hizo en cada uno de los diferentes tipos de cirugía practicada y se estableció además correlación clínico citológica, histopatológica y con los exámenes de laboratorio.

RESULTADOS.

Del total de 249 operaciones, hubieron 102 abdominales -

(41 %) y 147 vaginales (59 %). Las indicaciones que motivaron la cirugía en el grupo A se muestra en el cuadro No. 1, constituyendo la fibromiomatosis uterina la indicación principal -- (83.3 %).

CUADRO No. 1

INDICACIONES MAS FRECUENTES EN CIRUGIA ABDOMINAL (A)
(102 operaciones)

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
Fibromiomatosis uterina.	84	82.3 %
Retroversión uterina.	4	3.9 %
Uretrocistocelas con inconti nencia urinaria.	4	3.9 %
Ovarios poliquisticos.	3	2.9 %
Endometriosis.	3	2.9 %
Quistas de ovario.	2	1.9 %
Obstrucción tubaria.	1	.9 %
Metrorragia por cuerpo extra fo intrauterino (DIU).	1	.9 %
T O T A L	102	99.6 %

El tipo de operaciones del grupo A se muestran en cuadro No. 2

CUADRO No. 2

OPERACIONES ABDOMINALES (A)
(102 operaciones)

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
Histerectomía total abdominal.	85	83.3 %
Laparotomía y biopsia de ovarios.	5	4.9 %
Uretrocistopexia.	4	3.9 %
Ligamentopexia.	4	3.9 %
Ooforectomía.	2	1.9 %
Plastia tubaria.	1	.9 %
Miomectomía.	1	.9 %
T O T A L	102	99.6 %

Se efectuaron 85 histerectomías totales por vía abdominal (83.3 %). Con el diagnóstico de miomatosis uterina fueron 83 una mas con diagnóstico de endometriosis pelvigenital y - - otra por metrorragia por cuerpo extraño intrauterino. Se realizó biopsia de ovarios en 5 enfermas, siendo la indicación en 3 de ellas la de ovariosis poliquística y en 2 endometriosis ovárica.

La uretrocistopexia con la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz se utilizó en 4 pacientes, de las cuales 2 tenían uretrocistocele con incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante y en las otras 2 se empleó como operación primaria para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que en estas enfermas radiologicamente había desaparición completa del ángulo uretrovesical posterior y descenso del eje de la uretra.

En 4 pacientes con retroversión uterina sintomática, se corrigió con la ligamentopexia de redondos y uterosacros de acuerdo con la técnica de Kelly modificada. Fué necesaria practicar ablación unilateral de ovario en 2 pacientes con quistes benignos de ovario.

Además se realizó una plastia tubaria por obstrucción tubaria bilateral en una paciente con esterilidad primaria por factor tubario. En otra se efectuó miomectomía por tratarse de una enferma con mioma único y deseo de nuevos embarazos.

Las indicaciones quirúrgicas del grupo B se presentan en

el cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

INDICACIONES MAS FRECUENTES EN CIRUGIA VAGINAL (B)
(147 operaciones)

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
Utetrocistocele con incontinencia urinaria, rectocele e insuficiencia perineal.	107	72.7 %
Prolapso uterino.	29	19.7 %
Miomatosis uterina	11	7.4 %
T O T A L	147	99.8 %

En él se puede apreciar que las principales indicaciones fueron por uretrocistocele con incontinencia urinaria de esfuerzo, rectocele e insuficiencia perineal en 107 pacientes (72.7 %). Prolapso uterino en 29 pacientes (19.7 %) y miomatosis uterina en 11 (7.4 %).

Los tipos de operaciones del grupo B se muestran en el cuadro No. 4.

CUADRO No. 4

OPERACIONES VAGINALES (B)
(147)

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
Colporrafia anterior y posterior, cura de incontinencia urinaria y perineoplastia.	94	63.9 %
Histerectomia vaginal reconstructora.	42	28.5 %
Histerectomia vaginal	11	7.4 %
T O T A L	147	99.8 %

Como puede apreciarse, en 94 enfermas (63.9 %) el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo se hizo de acuerdo a la operación de Kelly o a la técnica de Kennedy, realizando además colpórrafia anterior y posterior con miórrafia de elevadores para corregir el cistocele, el rectocele y los desgarros perineales.

La histerectomía vaginal con reconstrucción de fascia de Halban, reducción del Douglas y colpóperineorrafia se utilizó en 42 enfermas (28.5 %) de las cuales 29 cursaban con prolapso uterino grado III y 13 con prolapso uterino grado I e incontinencia urinaria de esfuerzo, siendo necesario además, realizar en estas últimas uretrocistopexia. También se realizó histerectomía vaginal en 11 pacientes (7.4 %) con miomatosis uterina.

Del total de 249 operaciones, 49 (19.6 %) tuvieron complicaciones. Ahora bien, la edad de las pacientes complicadas fué mayor número en las décadas cuarta y quinta, siendo 14 de ellas (82 %) correspondientes al grupo A, y 17 (53 %) del grupo B. (Cuadro No. 5).

CUADRO No. 5

EDAD DE LAS 49 PACIENTES COMPLICADAS

Edad en años	Abdominal (A) 17		Vaginal (B) 32	
	Número	%	Número	%
(-) de 30	2	11.7 %	4	12.5 %
31 a 40	4	23.5 %	8	25.0 %
41 a 50	10	58.8 %	9	28.1 %
51 a 60	1	5.8 %	4	12.5 %
61 a 70			2	6.2 %
71 o más			4	12.5 %

En lo que respecta a los antecedentes obstétricos en las pacientes complicadas, en los dos grupos, A y B, predominaron - en forma importante las multigestas y grandes multigestas, con 94 % en el grupo A y de 100 % en el grupo B. Iguales cifras para los antecedentes de múltiparas y grandes múltiparas, de 94 % y 100 % respectivamente a los grupos A y B. Los antecedentes de abortos se encontraron en el 70.5 % del grupo A y en el 53 % del grupo B. Hubo antecedentes de operación cesarea en una del grupo A y en 4 pacientes del grupo B. (Cuadro No. 6).

CUADRO No. 6

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS 49 PACIENTES COMPLICADAS

	Abdominales (A)		Vaginales (B)	
	17		32	
	Número	%	Número	%
(1) Gestaciones:				
Nuligestas	1	5.8 %		
Multigestas	7	41.1 %	14	43.7 %
Grandes multigestas	9	52.9 %	19	59.3 %
(2) Paridad:				
Nulíparas	1	5.8 %		
Multíparas	13	76.4 %	19	59.3 %
Grandes multíparas	3	17.6 %	14	43.7 %
(3) Abortos:				
De 1 a 5	11	64.7 %	14	43.7 %
6 o más	1	5.8 %	3	9.3 %
(4) Cesareas:				
De 1 a 5	1	5.8 %	4	12.5 %

Entre los antecedentes quirúrgicos en este mismo grupo de pacientes complicadas, observamos que había cirugía abdominal previa en 11 pacientes (64.7 %) del grupo A y 13 (40.6 %) del grupo B. En este último grupo había el antecedente de cirugía vaginal en 2 enfermas (6.2 %). Cuadro 7.

CUADRO No. 7

ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS 49 PACIENTES COMPLICADAS

	Abdominal (A)	Vaginal (B)	
	Número	Número	
Cirugía abdominal previa	64.7 %	13	40.6 %
Cirugía vaginal previa		2	

Con respecto a los diferentes tipos de cirugía practica da, se muestra el cuadro No. 8 con las complicaciones habidas, en histerectomía abdominal.

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL
(85 operaciones)

(1) Infecciosas:	
Pelvicelulitis	7
Abscesos de pared	5
Sitio no precisado	1
(2) Dehiscencias:	
Parciales	1
(3) Urológicas:	
Retención urinaria	1
Lesión de vejiga	1
T O T A L	16

Se observa en éste cuadro que hubo 16 complicadas, pre-

dominando las infecciones y de éstas la pelvicolitis con 7 - (8.2 %); los abscesos de pared fueron 5 (5.8 %). Hubo un caso con dehiscencia parcial de la herida quirúrgica media infraumbilical, un caso de retención urinaria y en una paciente hubo sección de vejiga durante el despegamiento vesicouterino.

En 4 uretrocistopexias una se complicó con dehiscencia parcial de la herida quirúrgica media infraumbilical como se muestra en el cuadro No. 9.

CUADRO No. 9

COMPLICACIONES EN URETROCISTOPEKIAS
(4 operaciones)

Ligadura de uretero	1
---------------------	---

En una paciente a quien se le efectuó miomectomía, se diagnosticó radiológicamente estenosis ureteral en su trayecto pélvico, siendo intervenida posteriormente y se encontró ligadura de uretero a 4 cms de la unión uretero-vesical. (Cuadro No. 10).

CUADRO No. 10

COMPLICACIONES EN MIOMECTOMIAS
(1 operación)

Ligadura de uretero	1
---------------------	---

En 94 operaciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con colporrafia anterior y colpoperi-neoplastia, las complicaciones mas frecuentes fueron las urológicas, predominando de éstas la retención urinaria en 12 pacientes (12.7 %) y como segunda complicación mas frecuente lo fueron las pelvicolulitis en 4 pacientes (4.2 %). Complicaciones menos frecuentes fueron las dehiscencias de heridas vaginales, cistitis, lesión de vejiga y uretra e incontinencia urinaria - recidivante. (Cuadro 11).

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES EN COLPORRAFIA ANTERIOR, POSTERIOR
Y CURA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
(94 operaciones)

(1) Infecciosas:	
Pelvicolulitis	4
Sitio no precisado	1
(2) Dehiscencias:	
Parciales	2
(3) Urológicas:	
Retención urinaria	12
Incontinencia urinaria de esfuerzo	2
Cistitis	2
Lesión de vejiga	2
Lesión de uretra	1
T O T A L	26

De 53 histerectomías vaginales practicadas, hubo 9 con-

olicaciones de tipo infeccioso, 4 con retención urinaria y una dehiscencia parcial. (Cuadro 12).

CUADRO No. 12
COMPLICACIONES EN HISTERECTOMIA VAGINAL
(53 operaciones)

(1) Infecciosas:	
Pelviculitis	3
Abscesos de cúpula	3
Sitio no precisado	3
(2) Dehiscencias:	
Parciales	1
(3) Urológicas:	
Retención urinaria	4
T O T A L	14

Del grupo total, de las 249 operaciones las complicaciones postoperatorias predominantes fueron las pelvicultis en 7 pacientes (6.7 %) del grupo A y en 7 pacientes (4.0 %) del grupo B. Los abscesos de pared abdominal estuvieron en 5 pacientes (4.9 %) y los abscesos de cúpula vaginal en el grupo B estuvieron en 3 (2.0 %) como se muestra en el cuadro No. 13.

CUADRO No. 13
INFECCIONES POSTOPERATORIAS
(249 operaciones)

	Abdominal (A)		Vaginal (B)	
	Número	%	Número	%
Pelviculitis.	7	6.8 %	7	4.7 %
Absceso de pared.	5	4.9 %		
Absceso de cúpula vaginal.			3	2.0 %
Sitio no precisado.	1	.9 %	4	2.7 %
T O T A L	13	12.6 %	14	9.5 %

De las dehiscencias en el grupo total de 249 operaciones, observamos que ocurrieron 2 en pared abdominal (1.9 %) y 3 en paredes vaginales (2.0 %) siendo en ambos sitios parciales; no hubo totales. (Cuadro No. 14).

CUADRO No. 14
DEHISCENCIAS
(249 operaciones)

	Abdominal (A) 102		Vaginal (B) 147	
Sitio y extensión	Número	%	Número	%
Pared abdominal:				
Parcial	2	1.9 %		
Paredes vaginales:				
Parcial			3	2.0 %
T O T A L	2	1.9 %	3	2.0 %

Las complicaciones urológicas fueron por orden de frecuencia las siguientes: En el grupo A ocurrió en una paciente corte vesical y en otra ligadura de uretero derecho. En el grupo B, 17 operadas tuvieron retención urinaria, 2 tuvieron sección vesical y una lesión uretral, (cuadro No. 15).

CUADRO No. 15
 COMPLICACIONES UROLOGICAS
 (249 operaciones)

	Abdominal (A) 102		Vaginal (B) 147	
	Número	%	Número	%
Retención urinaria.	1	.9 %	16	10.8 %
Cistitis.			2	1.3 %
Incontinencia urinaria.			2	1.3 %
Lesión y fístula.				
vesical	1	.9 %	2	1.3 %
ureteral	1	.9 %		
uretral			1	.6 %
T O T A L	3	2.9 %	23	15.64 %

En el cuadro No. 16 se muestra la morbilidad en general en porcentajes, de acuerdo a la vía de elección y complicaciones habidas.

CUADRO No. 16
 MORBILIDAD
 (249 operaciones)

	Abdominal %	Vaginal %
Complicaciones infecciosas de la región operada.	12.6 %	9.5 %
Dehiscencias.	1.9 %	2.0 %
Complicaciones urológicas.	2.9 %	15.5 %
T O T A L	17.4 %	27.1 %

A todas las pacientes se les practicó citología exfoliativa cervicovaginal, sin embargo, solo en las pacientes complicadas se hizo la revisión de los diagnósticos oncológico, hormonal e inflamatorio de acuerdo a los diagnósticos clínicos. - En el cuadro 17 se pueden apreciar las cifras que correspondieron a cada clase del Papanicolaou, así en el Negativo II fué el mayor número con 35 (71.4 %), para el Negativo I fueron 12 - - (24.4 %) y para el Negativo III fueron 2 pacientes (4.0 %).

CUADRO No. 17

CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL
(49 pacientes complicadas)

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico oncológico		
	Negativo I	Negativo II	Negativo III
Uretrocistocele, incontinencia urinaria de - esfuerzo, rectocele e insuficiencia perineal	9	19	
Miomatosis uterina	2	10	
Prolapso uterino		5	2
Endometriosis	1	1	
T O T A L	12	35	2

La actividad estrogénica en estas pacientes complicadas fué de un valor numérico mayor de 50 en 40 pacientes (81.6 %) - y menos de 50 en 9 pacientes (18.3%). (Cuadro No. 18).

CUADRO No. 18

CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL
(49 pacientes complicadas)

Diagnóstico Clínico	Valoración estrogénica	
	(-) de 50	mas de 50
Uretrocistocele, incontinencia urinaria, rectocele e insuficiencia perineal.	3	24
Miomatosis uterina.		13
Prolapso uterino.	6	1
Endometriosis.		2
T O T A L	9	40

De acuerdo al cuadro No. 19 la presencia de bacterias - ocurrió en 31 enfermas (63.2 %); se visualizaron monilias en - 12 (24.4 %) y tricomonas en 6 (12.2 %).

CUADRO No. 19

CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL
(49 pacientes complicadas)

Diagnóstico clínico	Patrón Microbiano		
	Bacterias	Tricomonas	Hongos
Uretrocistocele, incontinencia urinaria, rectocele e insuficiencia perineal.	18	4	8
Miomatosis uterina.	11		4
Prolapso uterino	2	2	
T O T A L	31	6	12

Se utilizaron 20 estudios radiológicos en la fase de confirmación de diagnósticos clínicos principales. (Cuadro No. 20).

CUADRO No. 20

CORRELACION CLINICO-RADIOLOGICA
(49 pacientes complicadas)

Diagnóstico clínico	Diagnóstico radiológico
Uretrocistocele	10
Miomatosis uterina	10
T O T A L	20

Los informes del laboratorio en el preoperatorio presentaban patología en 26 enfermas (53.0 %) como se muestra en el cuadro 21.

CUADRO No. 21

ESTUDIOS DE LABORATORIO
(49 pacientes complicadas)

Diagnóstico Clínico	Bacteriuria	Urocultivo positivo	Estudio de secreciones genitales, positivo.
Uretrocistocele.	5	2	3
Miomatosis uterina.	4	2	
Prolapso uterino.	7		2
Endometriosis	1		
T O T A L	17	4	5
* Informes preoperatorios			

Los informes de laboratorio en el postoperatorio se muestran en el cuadro 22, donde predomina la bacteriuria en 16 enfermas (32.6 %), hubo 12 urocultivos positivos, (24.4 %) y de estudios de secreciones genitales solamente hubo 2 positivos - (4.0 %) como se muestra en el cuadro 22.

CUADRO No. 22

ESTUDIOS DE LABORATORIO
(49 pacientes complicadas)

Diagnóstico Clínico	Bacteriurina	Urocultivo Positivo	Estudio de secreciones genitales positivo.
Uretrocistocela.	7	6	
Miomatosis uterina.	5	4	2
Prolapso uterino.	3	2	
Endometriosis.	1		
T O T A L	16	12 (≠)	2

Informes postoperatorios
(≠) Sólo 2 con mas de 100 000 colonias.

DISCUSION

En nuestro servicio predominó la cirugía vaginal sobre la cirugía abdominal, ya que se tiene la tendencia a efectuar el mayor número de operaciones, en que no existan contraindicaciones, por la vía vaginal, con fines a reconstruir el piso pélvico, tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo y teniendo presente que la evolución postoperatoria de la paciente es más favorable, así al ser menos traumatizante, el shock quirúrgico es excepcional y podríamos decir con otros autores (2, 3, 5) -- que es la ruta de elección en mujeres postmenopáusicas y en particular en la mujer senescente. Las indicaciones más frecuentes para realizar la vía abdominal fueron las fibromiomas uterinos, con un 82.3 % de las operaciones, casi siempre constituidas por tumoraciones palpables fácilmente a la exploración bimanual, lo que originó que se eligiera esta vía en relación a la vaginal, por el tamaño mismo de las tumoraciones. 107 pacientes (72.7 %) tenían uretrocistocele con incontinencia urinaria de esfuerzo, y 29 (19.7 %) prolapso uterino. Es criterio del servicio que en pacientes postmenopáusicas sin patología uterina y que son sometidas a cirugía vaginal del tipo de colpoperineoplastia se les practique histerectomía por vía vaginal, en ausencia de prolapso uterino. Lo anterior será motivo de otro trabajo de tesis por lo que no se insistirá en ello.

En relación a la edad, encontramos que el mayor número de pacientes operadas estaban entre los 31 y 50 años, dato que coincide con lo señalado por otros autores (2,3,4). Predominó la cirugía vaginal y estamos de acuerdo con Te Linde (6) que a medida que la edad es mayor aumenta la incidencia de la patología uterina y los trastornos de la estática pelvigenital, originando la preferencia por vía vaginal en estas pacientes, además del menor riesgo quirúrgico antes señalado.

En las pacientes multigestas y múltiparas predominaron tanto la cirugía abdominal como vaginal, lo anterior podría derivarse a que es en este grupo donde la patología ginecológica es más frecuente, debido muchas veces a traumatismos obstétricos (7).

De las pacientes que tuvieron antecedentes quirúrgicos previos y fueron intervenidas por vía abdominal, 2 de cada tres tuvieron complicaciones, lo cual podría explicarse por la dificultad técnica para la realización de la operación como es el caso de pacientes sometidas a histerectomía abdominal con antecedentes de cesareas previas, miomectomías, etc., esta dificultad técnica dada por las adherencias pélvicas postoperatorias favorece el traumatismo, mayor tiempo quirúrgico y mayor pérdida de sangre, factores que influyen determinantemente en la aparición de las complicaciones. (8)

En la cirugía abdominal las complicaciones más frecuen-

tes fueron los abscesos de pared (4.9 %) y pelvicolitis (6.8 %), morbilidad explicable por que el tipo de hospital es de enseñanza y son efectuadas un número importante de las intervenciones quirúrgicas por médicos en vías de formación como especialistas y la hemostasis en ocasiones no es correcta, el manejo de los tejidos es brusco y los cuidados de asepsia no son los deseables.

Lo anterior es también válido para los abscesos de cúpula vaginal y pelvicolitis en cirugía vaginal, sin embargo, el porcentaje de infecciones 13 en 102 abdominales y 14 en 147 vaginales que nos dan promedios de 12.5 % y de 9.5 % respectivamente, es similar al referido por otros autores (3,4) y lo consignado por Bravo Sandoval (2) en un estudio de mortalidad en histerectomías abdominal y vaginal en 6 hospitales del área metropolitana que reporta un 9.9 % de infecciones en cirugía abdominal y un 6.7 % de infecciones en cirugía vaginal. En cirugía abdominal no se presentaron complicaciones del tipo de absceso de cúpula vaginal, probablemente debido a la técnica quirúrgica empleada a nivel de cúpula y que consiste en aplicar surgeto en cadena en todo el borde de la mucosa seccionada, que es hemostático y al mismo tiempo deja la cúpula vaginal abierta parcialmente; esta forma de tratar la cúpula no la utilizamos en la cirugía vaginal cuando se extirpa el útero y probablemente a esto se deba que un 2% de las pacientes opera--

das hayan presentado esta complicación. Lo anterior nos orilla a reflexionar sobre la conveniencia de aplicar la misma técnica de surgete y cúpula parcialmente abierta cuando se aborde por vía vaginal.

Una de cada 50 pacientes presentó dehiscencia parcial de la pared abdominal, proporción que aunque baja, probablemente pueda atribuirse a que el cirujano no es lo necesariamente cauteloso y no hace adecuada hemostasia, prevención de contaminación y no hay trato suave del tejido celular; sin poder relacionar en nuestra serie esta complicación con respecto al tipo de incisión longitudinal habitualmente empleada.

En cirugía vaginal el 2 % tuvieron dehiscencia en la sutura de paredes vaginales y aún cuando la incidencia es baja, consideramos que sería conveniente ser un poco más estrictos para que toda paciente candidato a operación vaginal esté libre de cualquier proceso infeccioso a nivel de cérvix o de vagina.

Entendemos por retención urinaria vesical la permanencia de más de 100 ml de orina residual por sondeo post-micción a los 4 días de la operación.

Dentro de los factores etiopatogénicos se han citado varios (9) como son el manejo inadecuado al movilizar la vejiga en que puedan producirse lesiones vasculonerviosas; el primer punto de sutura a nivel de ángulo uretrovesical en el que algunos de los cirujanos insisten en tomar tejido periuretral y --

que puede producir acodamiento excesivo a nivel de este segmento; otro factor etiopatogénico es el hecho de que plegar la fascia de Halban en "bolsa de tabaco" ocasiona que la pared vesical se invierta y que en ese sitio quede un saco invertido y estrangulado por la sutura.

Además el edema subsiguiente proporciona un mayor relieve a la bolsa de tabaco que actúa como obstáculo situado atrás del cuello. Es deseable que siempre que se proceda al levantamiento de vejiga no sea por disección roma con gasa, sino que se identifiquen los planos anatómicos y que al hacer la separación vesicouterina sean seccionados ambos pilares vesicouterinos para que la vejiga pueda ser desplazada cuidadosamente, sin ningún traumatismo en su inervación o en su estructura anatómica.

Es de hacer notar que en las complicaciones urológicas de la vesical, vaginal, 16 (10.8%) presentaron retención urinaria besical, cifra que coincidimos con los de otras series (9). La infección vesical, de acuerdo con Williams (10) se manifiesta por los síntomas clásicos de polaquiuria, disuria, hematuria, piuria. Aunque también la simple irritación de la vejiga, ya sea secundario al propio acto operatorio o a la presencia de un catéter puede dar síntomas análogos, siempre hay que presumir que estos son indicativos de infección mientras que los estudios bacteriológicos no demuestren lo contrario. Por lo general los

gérmenes causales son bacterias intestinales y como mas frecuentes la E. coli, Streptococcus fecalis, Pseudomonas y Proteus. - El tratamiento consiste en la adecuada administración de líquidos analgésicos y quimioterapia. El criterio mas correcto para diagnóstico es el urocultivo al aparecer los síntomas y solo se usarán los antibióticos de acuerdo al reporte del antibiograma. Este autor, al igual que otros (11,12) difieren con otros estudios (13, 14) que propugnan en el uso de los antimicrobianos -- con fines de profilaxis. En nuestro servicio se evita el sondeo repetido y se prefiere dejar la sonda de Foley abierta a permanencia administrando al mismo tiempo abundantes líquidos y quimioterápicos del tipo del sulfisoxazol y piridina. Hubo solo 2- pacientes operadas del grupo B que presentaron infección urinaria clínica y comprobada por el laboratorio, considerándose como tal solo cuando pudo demostrarse la presencia de mas de - --- 100 000 colonias en el cultivo correspondiente, los cuales respondieron bien al tratamiento específico. No tenemos experien-- cia con relación al manejo de estos casos con drenaje suprapúbico, pero es probable, según lo señalado por otros autores (15), que tanto la infección como la retención y la incontinencia urinaria pueden reducirse dentro de las complicaciones postoperatorias urológicas si el drenaje de la vejiga se realiza por vía - suprapúbica y no por vía transuretral con sonda de Foley.

En cirugía abdominal se presentó un caso de retención --

urinaria pero ninguno de infección o incontinencia, siendo el criterio no utilizar sonda de Foley a permanencia en el postoperatorio, a menos que exista hematuria, hecho que no ocurrió en nuestras 102 pacientes operadas. Por ello estamos de acuerdo con otros autores (16) de que el sondeo vesical repetido favorece las infecciones urinarias. Por la misma vía abdominal tuvimos una lesión vesical que fistulizó a vagina y una ligadura ureteral después de extirpación de mioma a nivel de segmento, que originó estenosis e hidronefrosis del lado correspondiente; los accidentes anteriores nos deben hacer meditar que dentro de las complicaciones mas desagradables, en cirugía ginecológica abdominal están las urológicas como fístulas y ligaduras o secciones ureterales y de vejiga y que para tratar de prevenirlos hay que tener en mente lo señalado por otros autores (4) en relación a los sitios que pueden lesionarse mas facilmente como son la unión vesicouterina; la fosita ovárica; el ligamento uterosacro; en el "puente con la uterina"; en la porción intramural cuando se trabaja sobre la vejiga y al efectuar la peritonización de la pelvis.

En la cirugía vaginal se produjeron 2 lesiones vesicales y una uretral, que el cirujano procedió de inmediato a su reparación, evolucionando las pacientes sin complicación y con el manejo de drenaje vesical a permanencia durante 10 días. Consideramos que la importancia de estas lesiones estriba en que no-

pasen desapercibidas al cirujano que las produce y si éste actúa correctamente en su reparación en general, la complicación no tendrá repercusiones importantes en la evolución del postoperatorio.

CONCLUSIONES

Es conveniente que en todo servicio de la especialidad se conozca la morbilidad operatoria y postoperatoria de las pacientes tratadas, con fines a orientaciones al respecto. El -- presente trabajo, aunque es una casuística reducida, nos permite hacer algunas consideraciones en la frecuencia de las com-- plicaciones, de los factores determinantes de su posible ori-- gen y la forma mas adecuada de prevención.

La prevención primaria, secundaria y terciaria tienen - un papel muy importante en la presentación de la morbilidad.

La fibromatosis uterina constituyó la principal indica-- ción para efectuar histerectomía abdominal y el prolapso uteri-- no en la histerectomía vaginal.

Consideramos que la histerectomía del tipo "electivo" - en pacientes en época perimenopáusica, sometidas a cirugía por vía vaginal del tipo de colpoperineorrafia anterior y posterior, con cura de incontinencia urinaria, en ausencia de prolapso -- uterino, ofrece aspectos interesantes como son la reconstruc-- ción mas completa del piso pélvico y por lo tanto la preven-- ción de prolapso y patología uterina.

En nuestro servicio existe la tendencia a efectuar el - mayor número de operaciones por vía vaginal siempre y cuando - no existan contraindicaciones. Es la ruta de elección en muje-

res postmenopáusicas y senescentes.

El ginecólogo tendrá que ser juicioso si opta por la vía vaginal en presencia de tumoraciones uterinas y antecedentes de cirugía abdominal.

En aquellas pacientes que son sometidas a colporrafias anterior y posterior y que además requieren histerectomía por patología uterina aunados a antecedentes de cirugía previa por vía abdominal, se considera de utilidad durante el acto operatorio de la colporrafia anterior abrir el peritoneo vesicouterino y hacer exploración digital en cara anterior y fondo uterino con fines a determinar la posibilidad de efectuar la histerectomía vaginal.

Se considera factor determinante en la morbilidad postoperatoria los antecedentes de cirugía previa por las dificultades técnicas que se presentan.

El cierre o no de la cúpula vaginal y la reconstrucción con hemostasia adecuada en la fascia endopélvica parecen tener relación con las complicaciones del tipo de absceso de cúpula vaginal y consideramos una buena medida el dejar parcialmente abierta la cúpula vaginal.

Una de cada 50 pacientes tuvo dehiscencia parcial de la herida quirúrgica abdominal, por lo que el cirujano debe ser mas cauteloso en la hemostasia, trato suave del tejido y prevención de contaminación.

El ginecólogo debe observar la conveniencia de que toda paciente sometida a cirugía vaginal no se acompañe de proceso infeccioso a nivel de cérvix o de vagina.

Es requisito indispensable practicar la citología en todas las pacientes que se someterán a cirugía.

Las complicaciones mas frecuentes en la cirugía vaginal fueron las urológicas y se debe intentar disminuir su presencia con algunas variaciones en el aspecto quirúrgico y el manejo del drenaje vesical postoperatorio, además de un estudio urológico completo en el preoperatorio.

En presencia de infección urológica los gérmenes mas frecuentemente encontrados son E. Coli, Streptococcus fecalis, Pseudomona y Proteus.

El cirujano deberá tener presente los sitios en que mas fácilmente puede lesionarse el uretero con objeto de que no se presenten complicaciones urológicas del tipo de fístulas, ligaduras o secciones ureterales.

El cirujano deberá proceder de inmediato al tratamiento quirúrgico de tipo reparador en presencia de lesiones vesicales, ureterales o uretrales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gutiérrez M., E., Ortega V., L.: Libro homenaje al Profr. - Dr. Alfonso Alvarez Bravo. Ed. Gutierrez Murillo E. y Vázquez B., E., México, D.F., 1967, pág. 157.
- 2.- Bravo S., J.: Morbimortalidad en histerectomía e histerectomía vaginal. Ginec. Obstet. Mex. 33: 505, 1973.
- 3.- López V., J., Pérez S., J., L.: Morbimortalidad en histerectomía vaginal. Ginec. Obstet. Mex. 32: 567, 1972.
- 4.- Nava S., R., Bravo S., J.: Morbimortalidad en histerectomía abdominal. Ginec. Obstet. Mex. 34: 337, 1973.
- 5.- Johnson G., C.: Vaginal Hysterectomy and Vaginectomy in Personal Retrospect. Am. J. Obstet. & Gynecol. 105: 14, 1969.
- 6.- Te Linde, R.: Ginecología operatoria. 3a. ed., Buenos Aires, Argentina, Ed. Bernades, S.A., 1966, 123.
- 7.- Ramírez, D.: Avances mas recientes en ginecología y obstetricia. 1a. ed., México, D.F. Ed. Asoc. Mex. de ginec. y Obstet., 1967, 279.
- 8.- Anderson, J.D.: Las adherencias pélvicas y la introducción de una técnica nueva. 1a. ced. México, D.F. Fundación Minnie L. Anthony Anderson, 1969, 98.
- 9.- Lope Bueno, R.: Urología ginecológica. 1a. Ed. Madrid, España. Ed. Diana. 1968, 235.
- 10.- Williams, T., J.: Cuidados de la vejiga en cirugía ginecológica. Libro progresos de la cirugía de Meigs y Sturgis. Vol. IV. Barcelona, España. Ed. Científico Médica, 1971, 661.
- 11.- Hondari, A., A., Hodgkinson, C., T.: Iatrogenic Bacteriuria and Gynecologic Surgery. Am. J. Obstet. & Gynecol. 95: 153, - 1966.
- 12.- Quiroz, V., R.: La infección postoperatoria en cirugía ginecológica. Actualidades en ginecología y obstetricia. Ed. -- Asoc. Mex. Ginec. Obstet. Mex. 1971, 141.

- 13.- Bolling, D., R., Plunkett, G., D.: Prophylactic Antibiotics for Vaginal Hysterectomies. *Obst. Gynecol.* 41:689, 1973.
- 14.- Allen, J., L., Rampone, J., F., Wheeless, C., R.: Use of a Prophylactic Antibiotic in Elective Major. Gynologic Operations. *Obst. Gynecol.* 39:218, 1972.
- 15.- Delgado, U., L., Ricaud, R., L., Sentos G., Rangel, J., Ibarra, S.: Drenaje vesical post-operatorio por cistostomía su prapúbica. *Ginec. Obstet. Mex.* 31:17, 1972.
- 16.- Shipkowitz, I., Mengert, W., F: Urinary Bladder Care After-Vaginal Operation. *Am. J. Obstet Gynecol.* 97:828, 1967.