



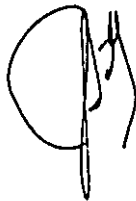
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA D. ^{III} ₂₀₃

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 4

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA
HISTERECTOMIA ABDOMINAL."
"GINECOLOGICA"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. JOSE RUIZ MEDINA



GENERACION 1986-1989



IMSS

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE COBRO**

ENERO DE 1989



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.

I N D I C E

Título de la investigación	1
Introducción	2
Antecedentes bibliográficos y marco de referencia	3
Miomatosis uterina	5
Adenomiosis	7
Displasia cervical (NIC)	8
Hiperplasia glanduloquistica y adenomatosa	11
Hemorragia uterina disfuncional	14
Objetivo	15
Material y método	15
GRAFICAS .	
Edad de las pacientes	18
Paridad	22
Antecedentes de OTB y legrado	23
Indicación quirúrgica	24
Tipo de cirugía realizada	26
Morbilidad quirúrgica	27
Complicaciones post-operatorias	28
Diagnóstico pre-operatorio	29

Resultados	32
Comentario	33
Conclusiones	36
Referencias bibliográficas	37

• • • • •

TITULO DE LA INVESTIGACION :

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA

HISTERECTOMIA ABDOMINAL GINECOLOGICA "

INTRODUCCION :

La Histerectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente utilizado en ginecología y su principal característica es la gran cantidad de indicaciones de las cuales un alto porcentaje son por miomatosis.

Es importante la valoración en un centro hospitalario de las indicaciones más frecuentemente diagnosticadas por las que se realiza la histerectomía, así como la correlación con el diagnóstico anatomopatológico como la repercusión emocional, conyugal y social de la paciente post-histerectomizada.

Existen gran cantidad de controversias en relación con los aspectos clínicos y terapéuticos de las diferentes indicaciones de la histerectomía, así como las revisiones realizadas en los diferentes centros hospitalarios nacionales y extranjeros.

De esta manera, la investigación realizada, intenta contribuir a despertar inquietud no solamente en el médico en formación de ginecóloga, sino a todos los médicos relacionados con la salud, y principalmente en un mejor estudio de la paciente que se interviene, en los hospitales de ginecología, con relación a la HISTERECTOMIA.

1) ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS Y MARCO DE REFERENCIA:

Existen diversos estudios en relación con la Histerectomía. Las indicaciones para la realización de ésta, la valoración de los porcentajes de edad más frecuentes, complicaciones y morbilidad. (1,2,4,5,6,12)

Estos estudios realizados en las instituciones del IMSS HGO # 1 en los años de 1978 a 1979; ISSSTE 20 de NOV. en los años de 1978-1980; y diversas publicaciones americanas. Dentro de las cuales destacan como estadísticas más frecuentes: (4,7,12,16)

- Edad: 4 a 5 década de la vida.
- Indicación más frecuente: Miomatosis uterina hasta un 72%. (2,12)
- Sangrados disfuncionales: 4 a 7 %.
- Procesos tumorales (NIC): 13.5 % variando levemente de un reporte a otro. (7,12).

La correlación anatomopatológica en diversas publicaciones para miomatosis uterina es hasta de un 60 %, existiendo hasta un 13% de extirpación de úteros sanos.

Entre los datos sobresalientes está la presencia de un 33 % de diagnóstico erróneo a miomatosis uterina de los cuales un 17 % correspondió a la adenomiosis (reportes de no diagnóstico hasta en un 20 % en diversas publicaciones). (2,5,7)

Por otro lado existen publicaciones americanas entre las cuales una de las indicaciones quirúrgicas para la Histerectomía es la de prevención de CaCu o endometrial, y como método anticonceptivo, lo que en la literatura nacional no se encuentra publicado. (4,7).

Existe un gran tema de patología uterina dentro del cual existen grandes capítulos y es importante la diferenciación de éstos para un mejor diagnóstico y decisión quirúrgica más adecuada.

Cada una de estas patologías tienen indicaciones para la realización de histerectomía, por lo que es importante primero establecer un diagnóstico adecuado antes de realizar el procedimiento quirúrgico.

Por otro lado los resultados reflejan el rendimiento clínico como la capacidad de diagnóstico del personal médico que labora en una institución e indirectamente la ayuda brindada a los pacientes, teniendo en cuenta en mayor o menor grado la certeza diagnóstica y las complicaciones.

Se revisarán brevemente los capítulos más importantes de la patología uterina, como son:

- A) MIOMATOSIS UTERINA
- B) ADENOMIOSIS
- C) DISPLASIA CERVICAL (NIC)
- D) HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA Y ADENOMIOSIS
- E) SANGRADO GENITAL ANORMAL

A) MIOMATOSIS UTERINA .

Es una enfermedad de la 4 ó 5 década de la vida, que tiene como principal patología la presencia de MIOMAS que son formaciones benignas de fibras musculares lisas y estroma conjuntivo originados en el miometrio, se denominan fibroleiomiomas, fibroides, fibromas, etc. (10,11)

Varían de tamaño desde minúsculos hasta de grandes dimensiones, son los tumores uterinos más frecuentes y se presentan hasta en un 20% - de las pacientes mayores de 35 años. (13)

Dependiendo de su localización se clasifican en:

- INTRAMURALES
- SUBSEROSOS
- SUBMUCOSOS

Dentro de los cuales el intramural es el más frecuente, y se consideran los submucosos y subserosos, en los cuales exista más de un - 50% de tejido saliente hacia la mucosa o la serosa respectivamente. (10)

Pueden existir modificaciones o alteraciones por degeneración - en los cuales son dependientes de la irritación o nutrición de estos y - son:

DEGENERACION HIALINA, Por falta de irrigación.

CALCIFICACIONES

DEGENERACION QUISTICA

DEGENERACION GRASA, CON NECROBIOSIS O INFECCION

DEGENERACION SARCOMATOSA

La sintomatología más frecuentemente encontrada en la miomatosis depende de la localización de estos y de su cantidad, que en su gran porcentaje son ASINTOMATICOS. (10,11)

El cuadro principal de sintomatología es la HEMORRAGIA uterina y esta es más frecuente en la localización submucosa o intramural, el cuadro hemorrágico corresponde a PROLÍPO-POLI-HIPERMENORREA. (5,6,10)

El diagnóstico es clínico en su gran mayoría y como métodos de diagnóstico auxiliares se encuentran:

HISTEROSALPINGOGRAFIA
 ULTRASONOGRAFIA PELVICA
 BIOPSIA DE ENDOMETRIO

Cada uno de estos métodos diagnósticos está bien indicado para el diagnóstico de la localización de los miomas, existen otros exámenes como sería la:

UROGRAFIA EXCRETORA en la cual se utilizaría en caso de miomas intraligamentarios o con sintomatología uterina asociada a urinaria. (10)

El tratamiento dependerá de la localización de los miomas, en el caso de subserosos en los cuales puede cursar con pedículo, es la ligadura y el corte de éste.

En el caso de no existir peridad satisfecha se podrá realizar la miomectomía en los cuales es necesario que estos sean subserosos o intramurales, que sean únicos o poco numerosos y que sean extirpables por una sola incisión. (10)

En el caso de intervención radical, está indicada la Histerectomía total abdominal, siempre con la indicación de realizar técnica subfacial y con conservación de los ovarios si la paciente es joven. (2,3,5,11)

B) ADENOMIOSIS :

Es una enfermedad benigna del útero, que se caracteriza por áreas de glándulas y estrona endometrial dentro del miometrio.

La lesión no es un tumor sino un crecimiento hiperplásico y que puede ser localizado o difuso. (3,6,12)

La adenomiosis se diagnostica generalmente como hallazgo incidental del anatomopatólogo en el útero extirpado por síntomas funcionales, hemorragia anormal intratable o sospecha de miomas.

Se encuentra adenomiosis aproximadamente en un 20% del grupo de - úteros extirpados y probablemente es de mayor significancia clínica que la que se conoce. (1,6,8,10,11,12)

En estudios realizados se encuentra sólo un 10% de diagnósticos - correctos previos a la cirugía como ADENOMIOSIS. (12,16)

Esta enfermedad se observa más frecuentemente en la 4 a 5a década de la vida, siendo las manifestaciones clínicas clásicas la de hemorragia uterina anormal cada vez mayor, dismenorrea creciente y un útero que se va ablandando y haciendo más doloroso al tacto. En la menopausia disminuye y desaparece la sintomatología. (18)

La Adenomiosis debería ser considerada cuando una paciente de la cuarta década de la vida se queja de prolongación y aumento de las menstruaciones y de dismenorrea y se encuentra útero globoso firme y doloroso.

El tratamiento es la HISTERECTOMIA de elección en la paciente con adenomiosis sintomática, aunque generalmente se lleva a cabo sobre un mal diagnóstico previo. (12,14,16)

C) DISPLASIA CERVICAL (NIC) :

Las displasias cervicales son alteraciones celulares que modifican la estructura normal de los epitelios exocervicales o endocervicales, se inicia en la llamada zona de transformación o unión escamo columnar. (10)

La clasificación internacional la denomina:

NIC NEOPLASIA INTRACITELIAL y puede ser:

NIC I DISPLASIA LEVE
 NIC II DISPLASIA MODERADA
 NIC III..... DISPLASIA SEVERA O CARCINOMA IN SITU.

Para su diagnóstico correcto se cuenta con los siguientes métodos diagnósticos:

BIOPSIA CON EXAMEN HISTOLOGICO.

EXTENDIDO CERVICAL CON ESTUDIO CITOLOGICO.

EXAMEN COLPOSCOPICO.

Con la llegada del colposcopio ha quedado atrás la prueba de SHILLER aunque se utiliza en los centros en los que la colposcopia no existe. (11,14,16)

La importancia del diagnóstico oportuno de la NIC es determinar las etapas invasoras y dar un tratamiento adecuado y oportuno.

En una serie de 61% de las pacientes que por medio de los estudios antes mencionados determinaron la presencia de un NIC severo, estas eran asintomáticas, por lo que es importante la búsqueda intensiva por medios citológicos, ya que un sólo examen por medio de especulo

copia no determina la no presencia de carcinoma o NIC, o la malignización de lesiones por simples que sean como el ectropión, erosión o presencia de manchas leucoplásicas.

Es importante el interrogatorio de la paciente, ya que pueden existir antecedentes de sangrado secundario a un simple lavado vaginal, o post-coito y nos puede servir como parámetro para el seguimiento de estas pacientes. (2,3,4,6,10)

Es por lo que el estudio del NIC se puede resumir en:

FROTIS SOSPECHOSO REPETIR FROTIS CITOLOGICO.
 SEGUNDO FROTIS SOSPECHOSO COLPOSCOPIA Y BIOPSIA.
 SEGUNDO FROTIS POSITIVO BIOPSIA DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA --
 O CONIZACION.
 BIOPSIA DIRIGIDA BAJO
 COLPOSCOPIA; IN SITU CONIZACION.
 CONIZACION CON IN SITU TRATAMIENTO RADICAL DEPENDIENDO DEL
 ESTADIO CLINICO.

TRATAMIENTO: La NIC depende de la etapa clínica y grado de invasión, y puede ser tratada:

ELIMINADAS POR BIOPSIA
 DESTRUIDAS POR CRIOCIRUGIA
 HISTERECTOMIA

El tratamiento está condicionado por la paridad de la paciente y los deseos de reproducción que esta tenga. En el caso de la Histerectomía está indicada que sea EXTRAFACIAL y COLPECTOMIA PARCIAL. (4,5,6,7)

Esta cirugía está indicada cuando existe:

Carcinoma in situ con foco único o multicéntrico, sobre todo cuando la lesión coexiste con otra patología uterina o anexial. Cuan

do hay atrofia cervical y no es posible el cono, presencia de lesión residual o recurrente y cuando existe deseo de esterilización.

En el caso de carcinoma microinvasor se realizará la Histerectomía Abdominal Extrafacial logrando un porcentaje de supervivencia de 5 años el 98 %, reporte de CMN oncología.

En los casos de etapas más avanzadas el manejo es por oncología - en los cuales entra la radioterapia y cirugías paliativas. (11,13,16)

D) HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA Y ADENOMATOSA :

En el periodo reproductivo el endometrio está en constante cambio, siendo el único tejido del organismo que se necrosa y se reconstruye de nuevo mensualmente. (11,14,18)

Las condiciones que actúan para la persistencia de un efecto sostenido de estrógenos en la mujer que se encuentra en diferentes etapas de la reproducción pueden ser:

1) LA MENOPAUSIA: El 75% de los Ca de endometrio se encuentran en esta etapa y la incidencia de edades de este tumor es entre los 50 a 60 años, con una media de 10 años posteriores al cese de la ovulación. (10,11,18)

2) FALLA DE LA OVULACION EN LA PACIENTE JOVEN: Existe un antecedente de amenorreas y metrorragias en estas pacientes, por lo que estas tienen ciclos menstruales irregulares o bien tienen sangrados irregulares con amplios intervalos o hemorragias excesivas con intervalos irregulares. (7,8,10)

3) EXESO DE ESTROGENOS ENDOGENOS Y EXOGENOS: En estos pacientes existe el antecedente de tumores ováricos productores de estrógenos o la administración crónica de estrógenos para terapia substitutiva o anticonceptiva. (13,14)

Así se puede decir que el Ca de endometrio es el resultado de una actividad de larga duración de la basal del endometrio, más frecuentemente resultante del cese de la ovulación.

De mayor interés clínico es el hecho de que la paciente con Ca de endometrio puede presentar un fenotipo persistente en OBESIDAD, DIA

BETES o curva de tolerancia a la glucosa alterada, y la HIPERTENSION ARTERIAL. Es por eso que estudios reportan que un 50% del grupo de pacientes con Ca de endometrio son OBESAS el 10% tienen diabetes clinica, el 50% de las pacientes tienen una curva de tolerancia a la glucosa alterada y el 50% son Hipertensas.

La hiperplasia quística es cuando el endometrio se encuentra en una etapa estática por un largo periodo, muchas de las glándulas se tornan quísticas, está considerada como una etapa reversible aunque precoz del Ca de endometrio, presentando solo un 1.5% la evolución a Ca de endometrio. (10,11)

Hiperplasia adenomatosa: Cuando la hiperplasia quística persiste durante unos años, se lleva una transformación gradual, los quistes tienden a colapsarse y a dejar proyecciones asimétricas radiales con glándulas más pequeñas en la periferia. (5,6,8)

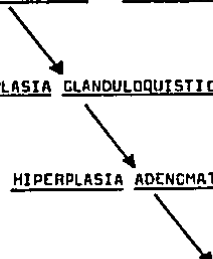
LOS PRECURSORES DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO SON:

HEMORRAGIA MENOPAUSICA = HEMORRAGIA ANOVULATORIA.

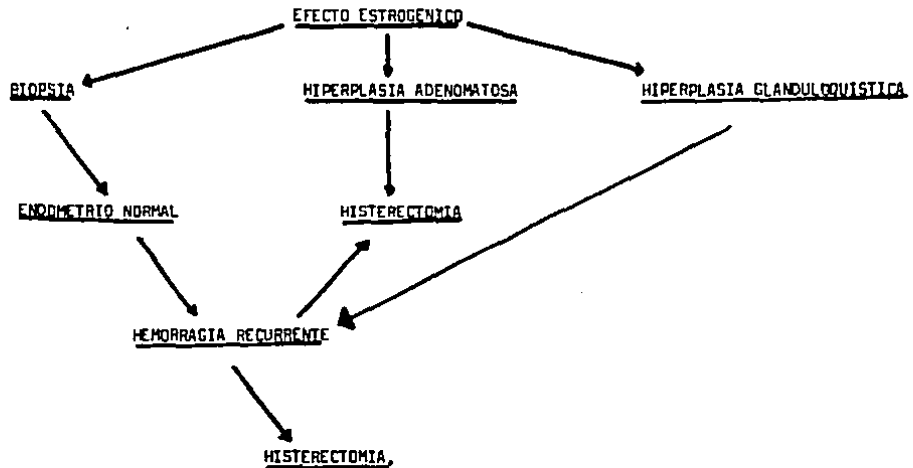
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA

HIPERPLASIA ADENOMATOSA

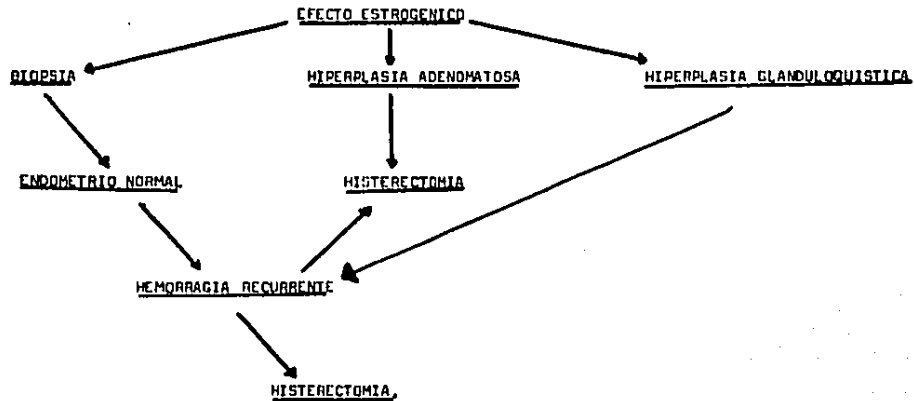
Ca DE ENDOMETRIO.



TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DISFUNCIONAL EN LA PREMENOPAUSICA.



TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DISFUNCIONAL EN LA PREMENOPAUSICA.



C) HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL:

Es una hemorragia anormal, normalmente es el resultado de una anovulación, pero también puede reflejar defectos de la fase lutea o folicular de un ciclo ovulatorio. (3,8,10,11)

En pacientes mayores, la metrorragia debe ser investigada realizando un estudio anatomopatológico (biopsia de endometrio). (10)

La hemorragia depende de la respuesta del endometrio a las variaciones hormonales y a la situación endócrina que se produce cuando existen estímulos hormonales, por ejemplo el manejo anticonceptivo por medio de hormonales.

El lagrado resuelve momentáneamente la hemorragia pero no soluciona el problema, y antes de instaurar una terapéutica hormonal coadyuvante debe aclararse si la hemorragia uterina depende de un estímulo estrogénico-progestacional inadecuado o bien, a un proceso orgánico. (11,13,16)

Una hemorragia persistente que no se controla con un cambio en la dosificación del contraceptivo oral u hormonal debe ser investigado con lagrado y biopsia de endometrio.

Para aquellas mujeres que han completado su vida reproductiva y en las que una medicación contraceptiva oral no es deseable a causa de la edad la HISTRECTOMÍA puede ser una solución razonable. (11)

INVESTIGACION:

JUSTIFICACION DEL PROYECTO:

Siendo la Histerectomía la cirugía ginecológica más frecuentemente efectuada, así como la existencia de una gran controversia en relación con la indicación para la realización, es de gran importancia en nuestro hospital, el determinar el porcentaje de error entre el diagnóstico preoperatorio y el estudio anatomopatológico.

OBJETIVO:

Determinar el porcentaje de error en relación con el diagnóstico preoperatorio y anatomopatológico de la Histerectomía realizada en el hospital LUIS CASTELAZO AYALA IMSS, HGO # 4.

Así como determinar la frecuencia de edad, paridad, antecedentes de OTG, legrados, técnica quirúrgica y cirugía asociada, INDICACION PRINCIPAL, morbilidad quirúrgica y complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y METODO:

- a) Recopilación de 500 casos de Histerectomía Abdominal estudiados en los expedientes clínicos, entre el periodo de 1984 a 1987. En hoja especial de datos.
- b) Retrospectivo, longitudinal y comparativo con estadísticas de otros autores.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes derechohabientes del HGO # 4, programadas para HISTERECTOMIA ABDOMINAL en el segundo piso de GINECOLOGIA, en el lapso comprendido entre 1984 y 1987.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todas las pacientes a las que se realizó Histerectomía vaginal u Obstétrica, así como los casos en los que no se realizó análisis de la pieza quirúrgica por extravío o por falta del reporte anatómopatológico.

" CORRELACION CLINICOPATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

No -----
 Fecha -----
 NOMBRE ----- CEDULA ----- EOAD -----
 OBESIDAD ----- DIABETES ----- QUIRURGICOS -----
 ANEMIA ----- GESTA ----- PARA ----- AB ----- CESAREA -----
 TRANSTORNOS MESTRUALES ----- LEGRADOS -----
 E.S.G. ----- CITOLOGIA VAGINAL ----- S.E. -----
 ----- BIOPSIA DE CERVIX -----
 U.E.S.G. -----
 H.S.G. -----
 DX PRE-OPERATORIO -----
 DX POST-OPERATORIO -----
 OPERACION REALIZADA -----
 CIRUGIA ASOCIADA -----
 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS -----
 TRANSFUSIONES; pre; ----- trans; ----- pos-operatorias -----
 EVOLUCION POST-OPERATORIA; Morbilidad febril ----- Hemorragia -----
 Evisceración ----- Dehiscencia de H.Q. ----- Hematoma de H.Q. -----
 ----- Infección ----- Otras -----
 ANATOMIA PATOLOGICA -----
 Fecha de ingreso ----- Fecha de alta ----- días -----
 hospitalización ----- Rehospitalización ----- CUBSA -----
 COMPLICACIONES -----
 Días de hospitalización -----

.....

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

EDAD DE LAS PACIENTES

AÑOS	No.	HLCA (%)
24,5 20 a 29 años.	24	4,8
34,5 30 a 39	160	32,0
44,5 40 a 49	258	51,6
54,5 50 a 59	48	9,6
64,5 60 a 67	10	2,0
TOTAL	500	100 %

$\bar{X} = 41,2$ años.

$S = 7,70$

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

EDAD DE LAS PACIENTES

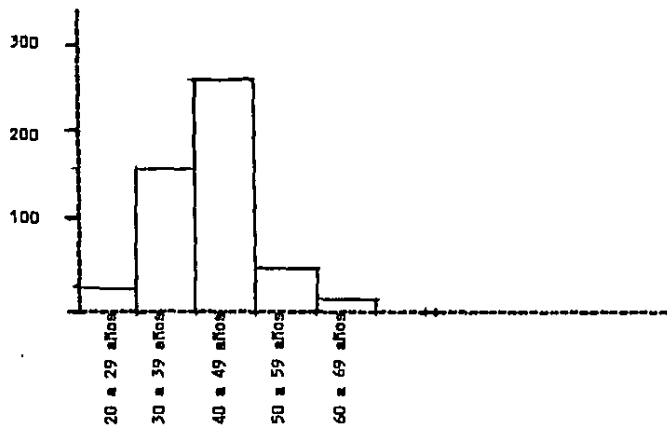
AÑOS	No.	HLCA (%)
24,5 20 a 29 años.	24	4,8
34,5 30 a 39	160	32,0
44,5 40 a 49	250	51,6
54,5 50 a 59	48	9,6
64,5 60 a 67	10	2,0
	-----	-----
TOTAL	500	100 %

$\bar{X} = 41,2$ años.

S = 7,70

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

edad de las pacientes;



LA FRECUENCIA DEL 51,6% CORRESPONDIO AL GRUPO DE 40 a 49 AÑOS CON UNA MEDIA DE 41,2 años.

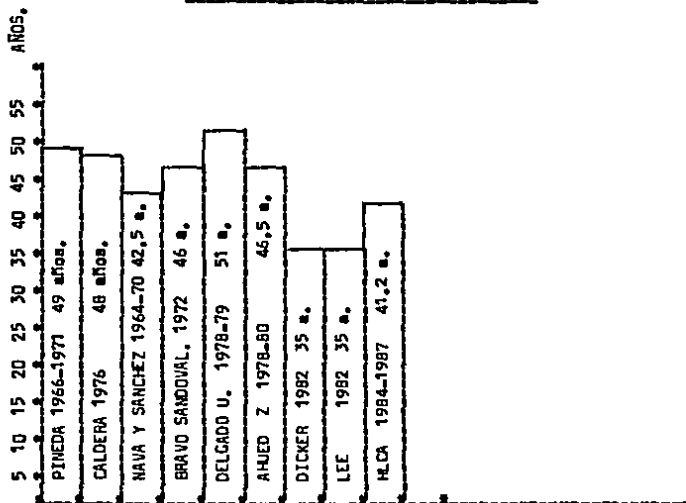
" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

EDAD PROMEDIO DE LAS PACIENTES.

AUTORES	AÑO	EDAD (AÑOS)
PINEDA E.	1966- 1971	49
CALDERA	1976	48
NAVA Y SANCHEZ	1964- 1970	42,5
BRAVO SANDOVAL	1972	46
DELGADO U.	1978-1979	51
AHUED	1978- 1980	46,5
DICKER	1982	35,0
LEE	1982	35,0
HLCA	1984- 1987	41,2

“CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL”

EDAD PROMEDIO DE LAS PACIENTES.



EDAD PROMEDIO EN EL HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA ES DE 41,2 AÑOS.

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

PARIDAD

GESTAS	%
0	11.7
1	10.7
2	12.2
3	15.7
4	12.7
5	10.7
6	8.2
7	7.0
8	4.7
9	3.7
10o Mas.	2.2

G.- III = 15.7%

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

 ANTECEDENTES DE OTB

Nº	%
160	31,08

 ANTECEDENTES DE LEGRADOS

	Nº	%
I	110	68,4
II	37	22,9
III	14	8,7
TOTAL	161	100 %

El 32,2 % de las pacientes tenían el antecedente de legrados.

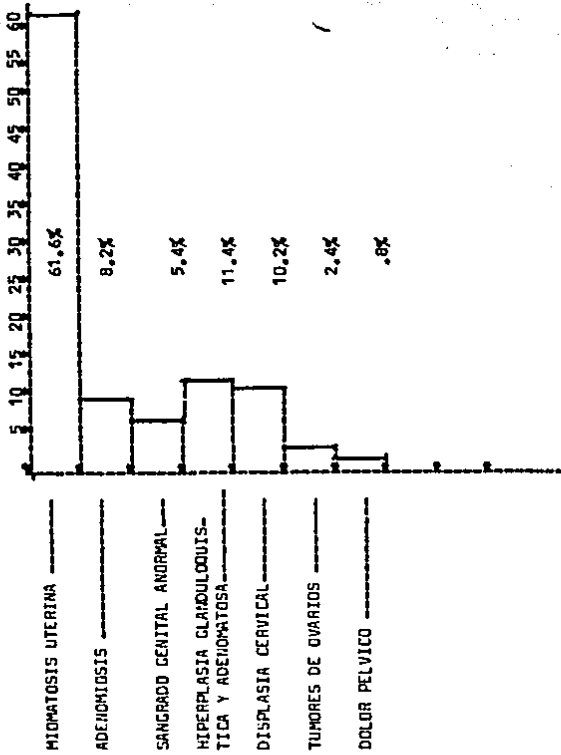
" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL

PATOLOGIA	HLCA	DELGADO	DICKER	LEE	BRÁVO S.	AHJED
	1984-87 %	1979 %	1984 %	1982 %	1973 %	1984 %
MIDMATOSIS UTERINA	61.3	85	40	50	73.5	72.1
ADENOMIOSIS	8.2	1.7	7.9	-	-	-
SANGRADO GENITAL ANORMAL	5.4	0.7	17.8	21	4.4	4.0
HIPERPLASIA GLANDULO-						
QUISTICA Y ADENOMATOSA	11.4	5.3	-	3	-	-
DISPLASIA CERVICAL (NIC)	10.2	0.7	6.2	21	-	-
TUMOR DE OVARIO	2.4	2.0	-	-	3.4	9.0
DOLOR PELVICO	0.8	-	-	15	-	-

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL



" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA

CIRUGIA REALIZADA	HLCA 1984-87 %	DELGADO 1979 %	AHJED 1984 %	BRAVO S, 1973 %	DICKER 1984 %
HISTERECTOMIA SUBFACIAL	88,3	93,3	94	96,3	72
EXTRAFACIAL O CLASICA	11,3	2,66	5,6	2,3	-
SUBTOTAL	0,3	-	0,2	0,7	0,5
CISTOURETROPXIA					
M.M.K. O BURCH.	13,3	3,3	-	-	2,7
CIRUGIA DE ANEXOS	31,3	25,6	-	-	58,0
COLPORRAFIA	1,4	3,6	-	-	0,8

PREDOMINO LA HISTERECTOMIA SUBFACIAL EN EL HLCA EN UN 88,3 %.

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

MORBILIDAD QUIRURGICA.

MORBILIDAD	HLCA 1984-87	DELGADO 1979	DICKER 1984	AHUED 1984	BRAVO S. 1973
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA.	% 3,6	% 3,3	% 8	% -	% 4,8
LESION VESICAL REPARADA	1,3	0,3	0,3	1	2,5
FISTULA URETEROVAGINAL	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
LIGADURA DE URETERO	0,3	0,3	-	-	-
FISTULA VESICO VAGINAL	0,3	1	-	0,6 m	0,5
EVENTRACION	1,6	0,5	-	0,4	0,5
REACCION DE CUERPO EXTRAÑO	2,6	-	-	-	-
PARESTESIA DEL MID Y MII	0,3	2	-	-	-

" CORRELACION CLINICOPATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

COMPLICACIONES	HLCA 1984-87	DELGADO 1979	DICKER 1984	BRAVO S. 1973	NAVA S. 1973
MORBILIDAD FEBRIL	16,3	34	32,3	-	-
NO IDENTIFICADA	6,3	15,3	16	-	-
INFECCION URINARIA	7,6	4	7	4,6	4,2
INFECCION PELVICA	3,6	2,9	1,3	5,5	9,8
INFECCION RESPIRATORIA	6,69	-	0,4	*	-
SEPSIS	1	-	0,2	-	-
PERITONITIS	1	-	-	-	-
INFECCION HERIDA QUIRURGICA.	1,	4	5	4,1	6,

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

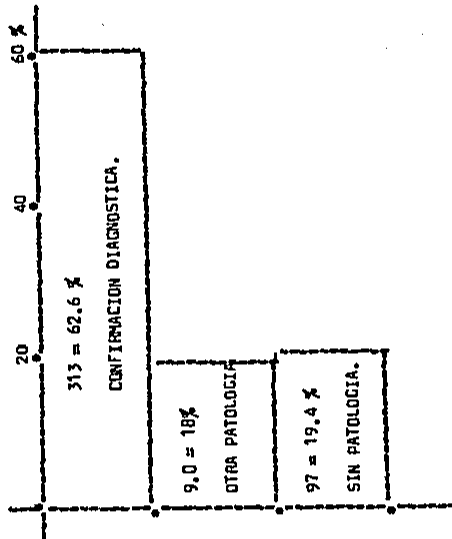
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

CONFIRMACION DIAGNOSTICA	313 casos	62,6 %
OTRA PATOLOGIA	90 casos	18,0 %
SIN PATOLOGIA NORMALES	97 casos	19,4 %

LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA EN EL HLCA ES DEL 62,6 % EXISTIENDO UN 19,4 %
DE UTEROS SIN PATOLOGIA.

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

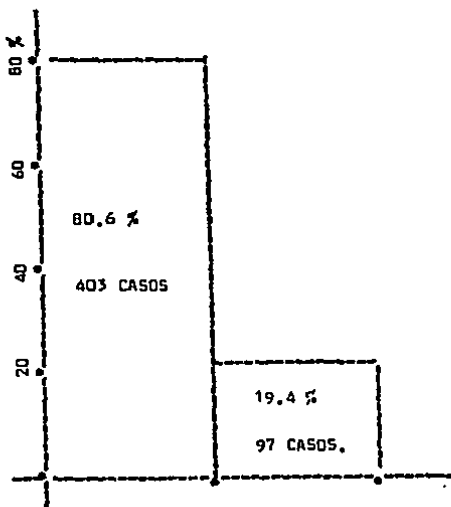
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO



LA EXTIRPACION DE UTEROS SANOS EN EL HOSPITAL LUIS CASTELAZO
AYALA ES DEL 19.4 %.

" CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL "

DIAGNOSTICO PATOLOGICO



PORCENTAJE DE UTEROS PATOLOGICOS DE UN 80.6 % EXTIRPADOS Y DE
19.4 % DE UTEROS SANOS.

RESULTADOS :

La edad de las pacientes estudiadas se encontró en una media de 41.2 años correspondiendo a un 51.6% entre los 40 a 49 años de edad que corresponde a la mayoría de los reportes publicados.

La paridad de nuestro estudio correspondió a un 15.7% a las pacientes con antecedentes de III embarazos previos. Existió antecedente de OTB en un 31.00% que correspondieron a 160 casos.

Se presentó el antecedente de embarazo en 161 pacientes al que corresponde al 32.2% de las pacientes estudiadas, de las cuales 110 (68.4%) fue con un embarazo, 37 (22.9%) con dos embarazos y 14 (8.7%) con tres embarazos.

La indicación quirúrgica principal fue la miomatosis uterina en un 61.6% en comparación con otros reportes: Un 11.4% para la hiperplasia glanduloquistica y adenomatosa, y un 10.2% para la displasia cervical.

El tipo de cirugía realizada fue la histerectomía subfacial en un 88.3%, asociándose con un 13.3% la cistoureteropexia tipo Marshall-Marchetti-Krantz o BURCH, o cirugía de anexos en un 31.3%.

La morbilidad quirúrgica que se presentó fue la dehiscencia de herida quirúrgica en 14 casos (3.6%) y la reacción a cuerpo extraño en 8 casos (2.1%).

Las complicaciones quirúrgicas post-operatorias más frecuentes fueron la morbilidad febril en un 16.3%, así como infección urinaria en un 7.6% e infección de vías respiratorias en un 6.69%.

La confirmación Diagnóstica se presentó en 313 casos que correspondió a un 62.6% y con reporte de otra patología de 90 casos un 18%, existiendo un error diagnóstico con utero sin patología de un 19.4%.

Existiendo un error de diagnóstico clínico global de un 37.4% con un 19.4% de uteros sanos como se mencionó anteriormente.

C O M E N T A R I O :

La edad encontrada en nuestro estudio se encuentra dentro del rango publicado por NAVA y SANCHEZ (1964-1970) (13) y por AHMED (1978 -1980) (1) esto nos lleva a la correlación de que entre la cuarta y la quinta década de la vida es muy importante el seguimiento de la paciente que inicia o presenta patología uterina, teniendo en cuenta como se puede observar en los reportes de CALDERA 1976 (3) y DICKER 1982 (7), que se asocia con nuestro reporte una mayor paridad por arriba de 3 gestaciones; así también la existencia de un 31,08% con antecedente de OTB, nos podría asociar con un probable síndrome post-OTB en el cual existen muy pocas publicaciones.

Por otro lado el hecho de que existan antecedentes de legrados, con una correlación de solo un 11,4% de hiperplasia glanduloquistica y adenomatosa en el que solo DELGADO en 1979, publicó una estadística de 5,3 % (5). Con esto podemos poner mayor interés en un mejor estudio patológico del material de legrados y así realizar un mejor estudio de la paciente.

Definitivamente la miomatosis uterina sigue siendo la primera causa de Histerectomía total Abdominal, tanto en lo reportado en nuestra revisión como en los estudios realizados de comparación, que van desde un 50 a un 85 %. Es importante hacer notar que solamente se diagnosticó un 8,2 % de adenomiosis en nuestro estudio; en comparación con DICKER 1984 y DELGADO 1979 en los cuales no se reporta una cifra mayor de 8 % (7,6), con lo que podemos concluir en relación con la adenomiosis que existe un 18 % de error diagnóstico con óteros patológicos, en los que el reporte podría ser considerado como adenomiosis.

En relación con las otras patologías, existe muy poca variante con lo reportado por otros autores.

La cirugía realizada definitivamente sigue siendo la Histerectomía subfacial, tanto en nuestro reporte como en el de los autores reportados que llega hasta un 96,3 % por BRAVO (2) tanto por que es una técnica segura con menos complicaciones, y que con una técnica depurada y con buen adiestramiento disminuye las complicaciones post-operatorias.

En relación con la cirugía asociada se presentó más la cirugía en anexas y la cistourtropexia, que dentro del entranamiento del médico en formación permite tanto la ayuda para la paciente como para el adiestramiento del cirujano.

Es importante hacer notar en nuestra revisión, como en las comparadas, la existencia de una mínima cantidad de morbilidad quirúrgica, esto secundario a una mejor enseñanza y a una mejor técnica quirúrgica; presentandose como primera morbilidad la dehiscencia de herida, que definitivamente está asociado con el manejo de tejidos y la depuración de la técnica. Las demás causas de morbilidad se presentaron en menos de el 0,5 %.

Las complicaciones post-operatorias siguen siendo las mismas en todas las revisiones y por el efecto del post-operatorio normal y el manejo hospitalario predomina la fiebre, en la cual la etiología sigue siendo infección urinaria por mal manejo de sonda o infecciones respiratorias por falta de movilización precoz de la paciente. Existe un porcentaje hasta de un 16 % publicado por DICKER (1984) de fiebre no identificada. (?).

Por lo tanto podemos concluir que en nuestro presente estudio tenemos una confirmación diagnóstica de un 62.6 % que se encuentra dentro de lo publicado, aunado a un 18 % de úteros patológicos, podemos considerar que la extirpación quirúrgica en la Histerectomía Abdominal ginecológica está justificada en un 80.6 % por su patología uterina, y que mediante un estudio integral de la paciente y un adiestramiento del personal médico y en formación, se podrá disminuir el 19.4 % de extirpación de úteros sanos, que por otro lado, en un hospital de enseñanza considero que se encuentra dentro de un rango razonable ya que está en relación con los reportes de la literatura.

* * *

CONCLUSIONES:

- 1.- CONTINUA SIENDO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAS FRECUENTE ENTRE LA CUARTA Y QUINTA DECADA DE LA VIDA.
- 2.- LAS INDICACIONES, LA CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO Y ANATOMIA PATOLOGICA ENCONTRADAS EN LAS PIEZAS QUIRURGICAS, ES SEMEJANTE A OTROS REPORTES PUBLICADOS.
- 3.- EN RELACION CON LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA GLOBAL ES SEMEJANTE A OTROS AUTORES, CON ALGUNAS VARIANTES.
- 4.- LA PATOLOGIA MAS FRECUENTEMENTE REPORTADA SON: MIOMATOSIS UTERINA, INFLAMACIONES DEL CERVIX, ADENOMICOSIS, CON UN 19.4 % DE PIEZAS QUIRURGICAS NORMALES.
- 5.- LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL ES UNA INTERVENCION QUE DEBE SER REALIZADA CUANDO SUS INDICACIONES SEAN JUSTIFICADAS, POR MANOS CON EXPERIENCIA Y EN PACIENTES BIEN VALORADAS INTEGRAMENTE.

REFERENCIAS:

- 1.- AHUED A.J. Morbilidad en Histerectomía Abdominal Informe de 500 casos. Ginecol. Obstet. Méx. 52; 327; 1984.
- 2.- BRAVO S.J. La morbilidad en Histerectomía Abdominal y vaginal. Ginecol. Obstet. Méx. 1973; 33; 505.
- 3.- CALDERA C. TESIS RECEPCIONAL C.H. "20 de NOV" ISSSTE 1976.
- 4.- CHARLES y cols. Hysterectomy in the United States. Obstet. Gynecol. 1983; 62; 203 - 12.
- 5.- DELGADO H.J. Histerectomía Abdominal de la paciente histerectomizada. Ginecol. Obstet. Méx. 1975; 38; 227.
- 6.- DELGADO U. Histerectomía Abdominal estudio de 300 casos. Ginecol. Obstet. Méx. 1982; 50; 299; 57 - 63.
- 7.- DICKER R.C. Hysterectomy among woman of reproductive age; trends in United States 1970-1978 JAMA 1982;248;323-7.
- 8.- DILTS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, Obras médicas. Interamericana. 1981; 224-275.
- 9.- GEORGY F. Femoral neuropathy following abdominal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 123; 819. 1975.
- 10.- HLCA #4 Procedimientos en ginecología. Hospital "LUIS CASTELAZO AYALA", 1984; 48 - 137.
- 11.- KRASER Y COL. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. TOMO III GINECOLOGIA ESPECIAL. Edit. Salvat. 1974; 233.

- 12.- NANCY C. LEE Confirmation of preoperative diagnoses for hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1984; 150; 283-7.
- 13.- NAVA Y SANCHEZ Morbilidad en la Histerectomía Abdominal. Ginecol. Obstet. Méx. 1973; 34; 337.
- 14.- NOVAK. Tratado de GINECOLOGIA. Novena edición. Interamericana. 1979 cap/ 16; 352.
- 15.- RODRIGUEZ C. Las complicaciones post-operatorias de la Histerectomía radical. Ginecol.Obstet. Méx. 1982;50;301; 103-6.
- 16.- SCHSEFER. COMPLICATIONS IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGYC SURGERY. Ed. Harper & Row 1981 cap 29 Hysterectomy abdominal 365.
- 17.- URIBE E. La Histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginecol. Obstet. Méx. 1978; 43; 41.
- 18.- VARGAS L.E. Miomatosis uterina, Aspectos Clínicos y Terapéuticos. Ginecol. Obstet. Méx. 1983; 51; 39.
