

11217
94
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA NO. 3
CENTRO MEDICO " LA RAZA " I.M.S.S.

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
GINECOLOGICA



CENTRO MEDICO LA RAZA
Hospital de Gineco-Obstetricia
No. 3 de Encuentra e Investigacion

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA EL DOCTOR
DANIEL MARTINEZ BECERRA

ASESOR: DR. BRAULIO E. OTERO FLORES

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



1991 IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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

PAGINA

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS Y MARCO DE REFERENCIA...	2
MIOMATOSIS UTERINA.....	4
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL.....	7
SINDROME DE CONGESTION PELVICA CRONICA.....	11
HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO.....	12
JUSTIFICACION DEL PROYECTO.....	14
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	14
CRITERIOS DE INCLUSION.....	15
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	15
GRAFICAS.....	16
RESULTADOS.....	30
COMENTARIO.....	32
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36

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 uterina.

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 y la repercusión emocional, conyugal y social de la paciente posthisterectomizada.

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

De esta manera, la investigación realizada, intenta contribuir a despertar la inquietud no solamente del médico en formación de ginecoobstetra, sino a todos los médicos relacionados con la salud, para efectuar un mejor estudio de la paciente que se interviene, en los hospitales de ginecología, con relación a la histerectomía.

I) ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS Y MARCO DE REFERENCIA:

Existen diversos estudios en relación con la histerectomía las indicaciones para la realización de esta, 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 No. 1 en los años de 1978 a 1979; ISSSTE 20 de NOV. en los años de 1978 a 1980; y diversas publicaciones americanas. Dentro de la cuales destacan como estadísticas más frecuentes: (4,7,12,16).

- Edad: 4 a 5 décadas 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 adenomiosis (la cual por diversos reportes no se diagnosticó hasta en un 20%). (2,5,7)

Por otro lado existen publicaciones americanas entre las cuales una de las indicaciones quirúrgicas para la histerecto-

mía es la prevención de CaCu o de endometrio, 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 estos 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) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL
- C) SINDROME DE CONGESTION PELVICA CRONICA
- D) HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO

A) M I O M A T O S I S U T E R I N A

Es el tumor más frecuente del tracto genital, aparece en la cuarta o quinta década de la vida en el 25% de las mujeres, es muy raro antes de los 20 años y aproximadamente el 90% se diagnostican entre los 35 y los 54 años. (10,11,13)

Se acepta actualmente que el tumor se produce por proliferación de células musculares lisas, pero se desconocen las causas que ponen en marcha esta proliferación.

Se afirma que un estímulo estrogénico anormalmente alto desempeña un papel importante en la génesis del mioma, sin embargo pueden considerarse muchas las mujeres portadoras cuya función ovarica es normal. (13)

El mioma puede aparecer como tumor único, pero frecuentemente existen varios nódulos. El tamaño de estos es muy variable, desde microscópico hasta de grandes dimensiones.

Habitualmente está bien separado del miometrio circundante por una delgada capa de tejido areolar que se forma por la compresión que el tumor ejerce sobre el tejido normal pero que no constituye una verdadera cápsula (pseudocápsula).

El mioma puede localizarse en el espesor del miometrio (intramural), en la mucosa (submucoso) o proyectarse a la cavidad abdominal levantando la superficie peritoneal (subseroso). La mayoría de las veces se localiza en el cuerpo uterino, con menos frecuencia en el cérvix y más raramente en el ligamento ancho y ovario.

La vascularización del mioma se origina por expansión de las arterias vecinas del miometrio y generalmente es pobre, - por lo que son frecuentes los procesos de degeneración, entre los que podemos encontrar:

- a) Degeneración hialina
- b) Degeneración quística
- c) Calcificación
- d) Necrosis
- e) Infección
- f) Degeneración grasa
- g) Degeneración maligna

La sintomatología encontrada en la miomatosis depende de la localización de estos y de su cantidad, un elevado número - de miomas son asintomáticos, incluso miomas voluminosos pueden no dar sintomatología alguna (10,11).

Los síntomas más frecuentes son: trastornos menstruales, - síntomas de compresión, dolor y leucorrea. De los trastornos menstruales el más frecuente es el de prolapso hipermenorrea. (5,6,10)

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

- 1. Ultrasonografía
- 2. Histerosalpingografía
- 3. Legrado uterino
- 4. Histeroscopia

La urografía excretora sólo se justifica en caso de miomas intraligamentarios, miomas muy voluminosos, o con sintomatología uterina asociada a la urinaria.(10)

El tratamiento dependerá básicamente de la localización de los miomas y de la paridad de la paciente.(18)

De no existir paridad satisfecha se considerará la posibilidad de realizar miomectomía, en los demás casos está indicada la histerectomía, con conservación de los ovarios si la paciente es joven.(2,3,5,11)

B) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL.

Las alteraciones conocidas como displasia son células de malignidad incipiente, (pre malignas), células que crecen anárquicamente, en el espesor de la mucosa cervical pero no han adquirido la capacidad de invadir, esta teoría se denomina neoplasia intraepitelial cervical.

La clasificación internacional la divide en:

NIC I..... DISPLASIA LEVE

NIC II..... DISPLASIA MODERADA

NIC III..... DISPLASIA SEVERA, CARCINOMA INTRA-EPITELIAL CERVICAL O CaCu IN SITU.

El CaCu se origina en las células de reserva del epitelio endocervical. En casos poco frecuentes las atipias basales o de reserva se extienden hacia el corion subepitelial, rompiendo la membrana basal, esto explica; la invasión temprana, la invasión en pacientes jóvenes y la evolución rápida sin pasar por displasia---CaCu in situ.

Este puede ser multicéntrico:

Exocervical/Endocervical/Fondos de saco vaginal.

Puede extenderse por el epitelio en grandes zonas, o extenderse a las glándulas.

Dentro de las características microscópicas del CaCu in situ presenta atipias celulares marcadas, mitosis anormales, pleomorfismo celular, hiper cromatismo, núcleos aumentados de tamaño pérdida de la polaridad celular, integridad de la mem--

brana basal, extensión glandular, todas estas alteraciones se pueden presentar en todo el espesor del epitelio.

Para su detección contamos con los siguientes métodos - diagnósticos:

- I. BIOPSIA CON EXAMEN HISTOLOGICO.
- II. EXTENDIDO CERVICAL CON ESTUDIO CITOLOGICO.
- III. EXAMEN COLPOSCOPICO.

La importancia de la NIC es su diagnóstico oportuno para así evitar las etapas invasoras y dar un tratamiento adecuado y oportuno.

En una serie de pacientes estudiadas con NIC el 61% eran asintomáticas, por lo que es importante la búsqueda intencional por medios citológicos e histológicos, ya que un solo examen por medio de especuloscopia no determina que no exista NIC o la malignización de lesiones como ectropión, erosión, o presencia de manchas leucoplásicas.

El 29% de pacientes con displasia severa en un promedio de 10 años evolucionan a CaCu in situ, esta cifra es muy variable por diversos autores.

La edad más frecuente en nuestro país en promedio es de 35 años.

Ante un estudio citológico sospechosos de CaCu se puede resumir lo siguiente:

Frotis sospechoso..... Repetir frotis citológico.

Segundo frotis sospechoso.. Colposcopia con biopsia dirigida.

Si la biopsia dirigida reporta CaCu in situ, se recurre a la conización, que puede ser diagnóstica o terapéutica transitoria, dependiendo del grado de invasión y de la paridad de la paciente, posteriormente se realizará histerectomía total abdominal complementaria.

En la displasia leve o moderada se debe de dar tratamiento específico y posteriormente repetir examen citológico.

En el embarazo es posible que se acentúen las lesiones de displasia por la hiperplasia epitelial de la gravidez, en displasia leve y moderada el tratamiento es similar al mencionado según el tipo de infección, posteriormente si hay persistencia se recurrirá a la colposcopia, si aún hay persistencia o agravamiento de la lesión se recomienda biopsia en anillo si el embarazo tiene menos de 20 semanas, después de las 20 semanas solo se recomienda vigilancia de la lesión.

En la displasia persistente se puede recurrir a la crioterapia cuyo principio consiste en destruir las células por congelación. Las alteraciones químicas y morfológicas que ocasiona esta son: deshidratación y concentración tóxica de electrolitos en las células, cristalización con ruptura de la membrana celular, desnaturalización de proteínas, choque térmico y estasis vascular, los gases más comunmente usados son el dióxido de carbono (-78°C), freon (-81°C), óxido nítrico (-89°C).

La técnica consiste en congelación doble a -60°C por 3 minutos, descongelación 5 minutos, congelación 3 minutos (3,5,3)

La zona de congelación debe ser a 4-5 mm. por fuera de la lesión, la cabeza debe ser de cobre o plata para mayor transmisión de la temperatura, no requiere de hospitalización o anestesia, puede reanudar actividades físicas excepto el coito, el control deberá ser citológico a las 8 semanas.

Con este procedimiento se obtienen índices de curación - muy variables según diversos autores que van del 27 al 90%.

C) SINDROME DE CONGESTION PELVICA CRONICA.

Descrita inicialmente en Francia como Síndrome de Sedillot o Síndrome de las costureras, es una de las patologías frecuentes vistas en nuestro hospital.

Se caracteriza por dolor pélvico de tipo crónico, aunque en ocasiones suele ser intermitente. Un signo patognomónico es el exquisito dolor a la movilización de los órganos genitales. Suele presentarse además dismenorrea, dolor lumbosacro y dispareunia.

Este síndrome generalmente se asocia con la retroversión uterina. En la laparotomía, las venas pélvicas aparecen dilatadas, tortuosas y engrosadas, los ovarios están frecuentemente aumentados y prolapsados y generalmente contienen muchos quistes foliculares. Se ha visto también frecuentemente asociado a mastitis quística crónica. Pueden presentarse alteraciones menstruales.

A menudo este síndrome presenta importantes connotaciones psíquicas y el diagnóstico de síndrome de congestión pélvica crónica debe hacerse con precaución.

D) HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO.

La causa de esta entidad es la proliferación exagerada de un endometrio estimulado en forma constante por estrógenos. Es más frecuente en ciclos anovulatorios o durante la administración exógena de estrógenos.

La sintomatología de la hiperplasia esta dominada por el sangrado genital anormal, que no sigue un patrón regular de presentación. El tratamiento dependerá de la edad de la paciente y del tipo de hiperplasia. Existe evidencia que demuestre que compuestos progestacionales sintéticos en dosis altas y por períodos prolongados (acetato de medroxiprogesterona) 400 mg IM mensuales por 6 a 12 meses) producen remisiones de algunas hiperplasias requiriendo este tratamiento una vigilancia posterior estrecha.

Para la hiperplasia con atipias, la mayor parte de los autores están de acuerdo en que el tratamiento es la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, si no existen contraindicaciones para la misma.

En nuestro hospital se utiliza la clasificación de Hendrickson y Kempson para la hiperplasia de endometrio que la divide en:

- I. Hiperplasia sin atipia
- II. Hiperplasia con atipia mínima
- III. Hiperplasia con atipia moderada
- IV. Hiperplasia con atipia severa

Es imperativo hacer biopsia y cuando hay dos de atipia o sospecha de malignidad se debe practicar un legrado biopsia - fraccionado.

I N V E S T I G A C I O N :

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 su 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 de ginecobstetricia No. 3 Centro Médico La Raza.

Así como establecer la frecuencia de edad, paridad, antecedente de salpingoclasia, legrados por hemorragia uterina anormal, técnica quirúrgica y cirugía asociada, INDICACION PRINCIPAL, Morbilidad quirúrgica y complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y METODOS:

- a) Recopilación de los casos de histerectomía total abdominal estudiados en los expedientes clínicos entre el período del 1 de enero al 30 de junio de 1990. En hoja especial de datos.

- b) Retrospectivo, longitudinal y comparativo con estadísticas de otros autores.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes derechohabientes del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 Centro Médico La Raza, programadas para histerectomía abdominal por el servicio de ginecología en el lapso comprendido entre el 1.º de enero al 30 de junio de 1990.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todas las pacientes a las que se les realizó histerectomía vaginal u obstétrica, las pacientes cuyo expediente no se encontró en el archivo clínico, así como los casos en los que no se realizó análisis de la pieza quirúrgica por extravío o por falta de reporte anatomopatológico.

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

EDAD DE LAS PACIENTES

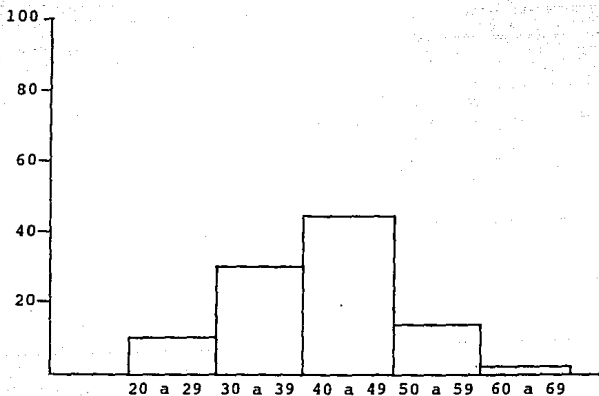
AÑOS	No.	H.G.O. 3 (%)
24.5 20 a 29 años	10	4.39
34.5 30 a 39 años	68	29.82
44.5 40 a 49 años	98	42.98
54.5 50 a 59 años	38	16.66
64.5 60 a 69 años	4	1.75
TOTAL	218	100%

X = 42.5 años

S = 8.40

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

EDAD DE LAS PACIENTES



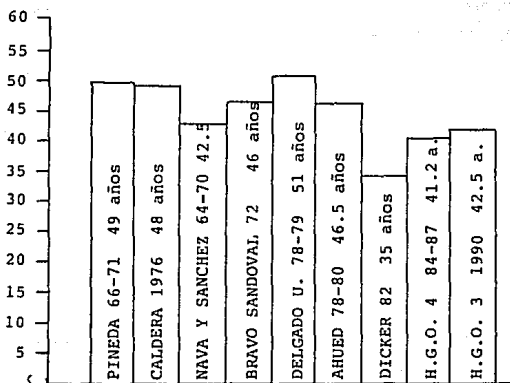
LA FRECUENCIA DEL 42.98% CORRESPONDIO AL GRUPO DE 40 A 49 AÑOS
CON UNA MEDIA DE 42.5 AÑOS.

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE 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
H.G.O. No. 4	1984 - 1987	41.2
H.G.O. No. 3 C.M.R.	1990	42.5

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

EDAD PROMEDIO DE LAS PACIENTES



LA EDAD PROMEDIO EN EL H.G.O. No. 3 ES DE 42.5 AÑOS.

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

P A R I D A D

GESTA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	13	5.96
1	8	3.67
2	27	12.38
3	45	20.64
4	33	15.15
5	24	11.00
6	21	9.64
7	13	5.96
8	16	7.34
9	14	6.43
10 y +	4	1.83
	TOTAL 218	100.00%

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

ANTECEDENTE DE SALPINGOCLASIA

NUMERO	PORCENTAJE
64	27.98

ANTECEDENTE DE LEGRADOS POR HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

NUMERO	PORCENTAJE
I 19	36.48
II 26	49.56
III 7	13.96
TOTAL 54	100.00 %

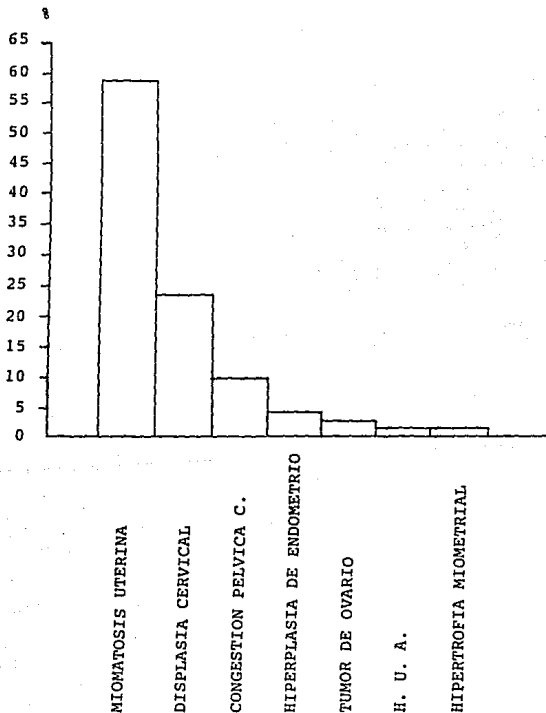
EL 24.77% DE LAS PACIENTES TENIAN EL ANTECEDENTE DE LEGRADOS -
POR HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL.

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

PATOLOGIA	INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL						
	BRAVO S. 1973 %	DELGADO 1979 %	LEE 1982 %	DICKER 1984 %	AHUED 1984 %	HGO 4 84-87 %	HGO 3 1990 %
MIOMATOSIS	73.5	85.0	50.0	40.0	72.1	61.3	58.7
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	4.4	0.7	21.0	17.8	4.0	5.4	0.9
HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	--	5.3	3.0	--	--	11.4	4.6
DISPLASIA CERVICAL	--	0.7	21.0	6.2	--	10.2	22.0
TUMOR DE - OVARIO	3.4	2.0	--	--	9.0	2.4	3.2
SINDROME DE CONGESTION PELVICA CRONI- CA.	--	--	--	--	--	--	9.7
HIPERTROFIA MIOMETRIAL.	--	--	--	--	--	--	0.9

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL



"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

CIRUGIA REALIZADA	TIPO DE CIRUGIA REALIZADA					
	HGO 4 84-87 %	DELGADO 1979 %	AHUED 1984 %	BRAVO S. 1973 %	DICKER 1984 %	HGO 3 1990 %
H.T.A. EXTRAFASCIAL	11.3	2.66	5.6	2.3	--	53.2
H.T.A. INTRAFASCIAL	88.3	93.5	94.0	96.3	72.0	46.7
CISTOURETROPEXIA ⁺	13.3	3.3	--	--	2.7	7.3
COLPORRAFIA ⁺	1.4	3.6	--	--	0.8	5.5
SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL ⁺	--	--	--	--	--	28.9
LAPAROTOMIA PROTOCOLIZADA ⁺	--	--	--	--	--	2.7

PREDOMINIO LA H.T.A. EXTRAFASCIAL EN EL H.G.O. No. 3 EN UN -
53.2.

+ CIRUGIA ASOCIADA.

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

MORBILIDAD QUIRURGICA	HGO 4 84-87 %	DELGADO 1979 %	DICKER 1984 %	AHUED 1984 %	BRAVO S 1973 %	HGO 3 1990 %
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	3.6	3.3	8.0	--	4.8	0.9
FISTULA VESICOVAGINAL	0.3	1.0	--	0.6	0.5	0.9
REACCION DE CUERPO EXTRAÑO	2.6	--	--	--	--	6.0
PARESTESIA DE MIEMBRO PELVICO	0.3	2.0	--	--	--	1.4
ABCESO DE CUPULA VAGINAL	--	--	--	--	--	1.8
HEMATOMA DE CUPULA VAGINAL	--	--	--	--	--	0.9

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES	HGO 4 84-87 %	DELGADO 1979 %	DICKER 1984 %	BRAVO S. 1973 %	NAVA S 1973 %	HGO 3 1990 %
MORBILIDAD FEBRIL	16.3	34.0	32.3	--	--	9.8
INFECCION URINARIA	7.6	4.0	7.0	4.6	4.2	6.8
INFECCION PELVICA	3.6	2.9	1.3	5.5	9.8	1.8
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	1.0	4.0	5.0	4.1	4.0	1.3

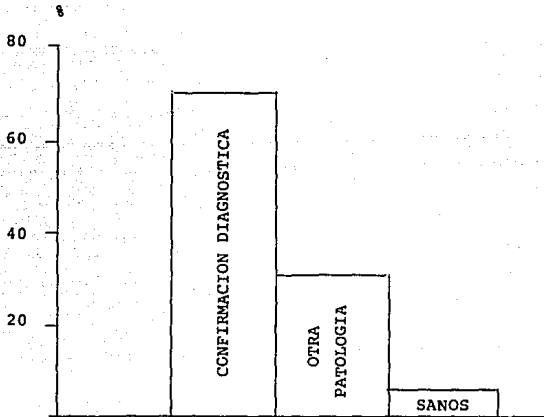
"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

DIAGNOSTICO	PREOPERATORIO	
CONFIRMACION DIAGNOSTICA	148 CASOS	67.9 %
OTRA PATOLOGIA	56 CASOS	25.69
SIN PATOLOGIA (NORMALES)	14 CASOS	6.42 %

LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA EN EL H.G.O. No. 3 ES DEL -
67.9% EXISTIENDO UN 6.42 % DE EXTIRPACION DE UTEROS SIN PA-
TOLOGIA.

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

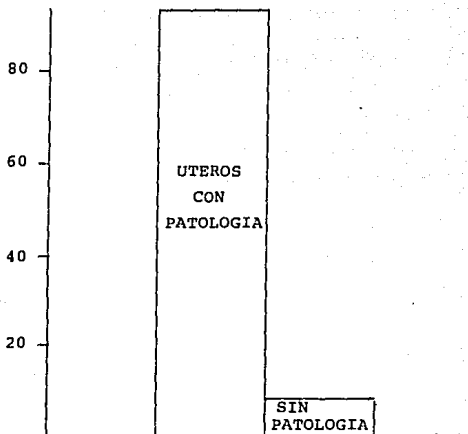


LA EXTIRPACION DE UTEROS SANOS EN EL H.G.O. No. 3 ES DEL -

6.42 %

"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL"

DIAGNOSTICO PATOLOGICO



PORCENTAJE DE UTEROS CON PATOLOGIA DE UN 67.9 % Y DE UN -
6.42% DE UTEROS SANOS, SI A LOS UTEROS CON PATOLOGIA SUMAMOS -
LOS UTEROS EXTIRPADOS CON DIAGNOSTICO ERRONEO, NOS DARIAN UN -
TOTAL DE 93.58% DE UTEROS PATOLOGICOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

R E S U L T A D O S :

La edad de las pacientes estudiadas se encontró en una -
media de 42.5 años, correspondiendo a un 42.98% entre los 40 y
49 años, que corresponde a la mayoría de reportes publicados.

La paridad en nuestro estudio correspondió a un 20.64% a
las pacientes con antecedentes de 3 embarazos previos. Exis--
tió el antecedente de salpingoclasia en un 27.98% que corres--
pondieron a 64 casos.

Se presentó el antecedente de legrado por hemorragia ute--
rina anormal en 54 pacientes que corresponde a 24.77% de las -
pacientes estudiadas, de las cuales 19 (36.48%) fue con un le--
grado 26 (49.56%) con dos legrados y 7 (13.96%) con tres legra--
dos.

La indicación quirúrgica principal fue la miomatosis ute--
rina en un 58.7%, luego correspondió un 22.0% para la displa--
sia cervical, y un 9.7% para el síndrome de congestión pélvica
crónica.

El tipo de cirugía realizada fué la histerectomía total -
abdominal con técnica extrafascial en un 53.2%, porcentaje muy
elevado en comparación con otros reportes. Un 46.7% correspon--
dió a la histerectomía total abdominal con técnica intrafas--
cial.

Se observó un 28.9% de salpingooforectomía bilateral como
cirugía asociada predominando la mayoría en pacientes por arri--
ba de 40 años.

En el 41.2% de las histerectomías realizadas, las pacientes presentaban patología sistémica asociada, siendo las principales hipertensión arterial y diabetes millitus.

La morbilidad quirúrgica que se presentó fue la reacción_ a cuerpo extraño en 13 casos (6.0%), absceso de cúpula vaginal_ en 4 casos (1.8%), parestesia de miembro pélvico en 3 pacientes (1.4%).

Las complicaciones quirúrgicas postoperatorias más fre- - cuentes fueron la morbilidad febril en un 9.8%, así como la - infección de vías urinarias en un 6.8%

La confirmación diagnóstica se presentó en 148 casos que_ correspondió a un 67.9%, con una patología diferente al diag- - nóstico preoperatorio en 56 casos correspondiente a un - - 25.69% y se observaron 14 casos que corresponden a un 6.42% de extirpación de úteros sanos. Por lo anterior se aprecia que - existe un error diagnóstico de un 25.69%, que si se le agrega la extirpación de úteros sin patología se elevaría a un - 32.11%.

C O M E N T A R I O :

La edad publicada en este estudio se encuentra dentro del rango publicado por NAVA Y SANCHEZ (1964 - 1970)¹³, y por - - AHUED (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 presente 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 como también la existencia de un 27.98% con antecedentes de salpingoclasia, nos podría asociar con un síndrome post OTB del cual existen pocas publicaciones.

Definitivamente la miomatosis uterina sigue siendo la primer 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%. También se observa que en nuestro hospital la congestión pélvica crónica ocupa un tercer lugar dentro de las causas de histerectomía total - abdominal lo cual no existe en otros reportes publicados.

La cirugía realizada con mayor frecuencia fue la histerectomía total abdominal con técnica extrafascial en un 53.2%, teniendo en otros reportes una incidencia más baja de 11.3% predominando en este último la histerectomía total abdominal con técnica intrafascial, lo que nos hace pensar que la histerectomía total extrafascial con una técnica depurada y con un buen

adiestramiento disminuye las complicaciones postoperatorias.

En relación con la cirugía asociada, se presentó la salpingooforectomía bilateral en un 28.9%, predominando la mayoría de estas en pacientes mayores de 40 años y sin indicación precisa lo que sugiere que solo se realizó como profilaxis, lo cual es controvertido por muchos autores.

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 una mejor técnica quirúrgica; presentándose como primera causa de morbilidad la reacción a cuerpo extraño, lo que está asociado con la calidad de las suturas utilizadas, las demás causas de morbilidad se presentaron en menos de 2%.

Las complicaciones postoperatorias siguen siendo las mismas en todas las revisiones y por el efecto del postoperatorio normal y el manejo hospitalario predomina la fiebre en cuya etiología sigue predominando la infección de vías urinarias debido al mal manejo de sondas.

Es de notar también que el 41.2% de las pacientes presentaban patología sistémica asociada siendo las principales la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Por lo tanto podemos concluir que en nuestro estudio tenemos una confirmación diagnóstica de un 67.9% que se encuentra dentro de lo publicado, aunado a un 25% de úteros patológicos extirpados con error diagnóstico, podemos considerar que la

histerectomía total abdominal ginecológica está justificada en un 93.58%, y que con un estudio integral de la paciente y un adiestramiento del personal médico y en formación se podrá disminuir el porcentaje de error diagnóstico, así como la extirpación de úteros sin patología.

Por lo anteriormente dicho, considero que se encuentra dentro de un rango muy aceptable ya que está en relación con los reportes de la literatura.

C O N C L U S I O N E S :

- 1.- La histerectomía total abdominal continúa siendo el procedimiento quirúrgico más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida.
- 2.- Las indicaciones, la correlación entre el diagnóstico preoperatorio y anatomía patológica encontradas en las piezas quirúrgicas, es semejante a otros reportes publicados.
- 3.- En relación con la confirmación diagnóstica global es semejante a otros autores, con algunas variantes.
- 4.- Respecto a error diagnóstico se encontró un porcentaje muy elevado en relación con otros reportes.
- 5.- La patología más frecuentemente reportada son: miomatosis uterina, displasias cervicales y síndrome de congestión pélvica crónica respectivamente, con un 6.42% de extirpación de úteros sin patología, cifra inferior a lo publicado.
- 6.- La histerectomía total abdominal es una intervención que debe ser realizada cuando sus indicaciones sean justificadas, por manos con experiencia y en pacientes bien valoradas.

R E F E R E N C I A S :

- 1.- AHUED A.J. Morbilidad en histerectomía abdominal informe de 500 casos. Ginecol. Obstet. Méx. 52; 327: 1984.
- 2.- BRAVO S. La morbilidad en histerecomía abdominal y vaginal. Ginecol. Obstet. Méx. 1973; 33 - 505.
- 3.- CALDERA C. TESIS RECEPCIONAL C.H. 20 de Noviembre - ISSSTE, 1976.
- 4.- CHARLES Y COLS Hysterectomy in the United States. Obstet. Gynecol. 1983; 62;203-12.
- 5.- DELGADO H. 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; - 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 Ginecología. Obras Médicas. Interamericana. 1981; 224-275.
- 9.- FERNANDEZ J. TESIS RECEPCIONAL H.G.O. No. 4 I.M.S.S.- 1988.

- 10.- GEORGY F. Femoral neuropathy following abdominal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 123 819; 1975.
- 11.- H.G.O. No. 4 Procedimientos en Ginecología. Hospital "Luis Castelazo Ayala" 1984; 48, 137.
- 12.- KASER Y COL. Ginecología y Obstetricia. Tomo III Ginecología especial, Edit. Salvat 1974; 233.
- 13.- NANCY C. LEE Confirmation of preoperative diagnoses for hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1984; 150; 283-7.
- 14.- NAVA Y SANCHEZ Morbilidad en la histerectomía Abdominal. Ginecol. Obstet. Méx. 1973; 34; 337.
- 15.- NOVAK Tratado de Ginecología. Novena Edición. - Interamericana. 1979 cap. 16; 352.
- 16.- RODRIGUEZ C. Complicaciones postoperatorias de la histerectomía radical. Ginecol. Obstet. Méx. 1982; 50; 301; 103-6.
- 17.- SCHEFER COMPLICATIONS IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC SURGERY. Ed. Harper and Row 1981 cap. 29_ Hysterectomy abdominal 365.
- 18.- URIBE E. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginecol. Obstet. Méx. 1978 43; 41.

- 19.- VARGAS L. Miomatosis uterina, aspectos clínicos y terapéuticos. Ginecol. Obstet. Méx. - 1983; 51; 39.