



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11  
25-

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**MORBILIDAD DE LA HISTERECTOMIA  
VAGINAL RECONSTRUCTIVA**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA  
ESPECIALIDAD EN GINECO-OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. SERGIO RAMON AYUSO JIMENEZ

ASESOR: J. BRAULIO OTERO FLORES

MEXICO, D.F.

1992



IMSS

TESIS CON  
FALLA EN ORIGEN



## **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.

## INDICE

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>GRAFICAS.....</b>	<b>16</b>
<b>COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>27</b>

## INTRODUCCION

La Histerectomia vaginal es la extirpación del útero por vía vaginal. Cuando se acompaña de reparación de otros trastornos de la estática pelvigenital se conoce como histerectomia vaginal reconstructiva.

La histerectomia vaginal fué realizada por primera vez en 1813 por Langenbeck en Alemania y en 1829 por John Collins en Boston. (1) Fenger describe en 1881 la moderna operación, sufriendo múltiples modificaciones al paso de los años, siendo casi abandonado durante un tiempo, sin embargo en los últimos 25 años y principalmente en la última década, ha ganado gran popularidad en Europa, E.E.U.U. y países latinoamericanos (1,11)

La técnica quirúrgica actual de la histerectomia vaginal ha surgido de una variedad de operaciones como método de tratamiento quirúrgico principal del prolapso uterino sintomático en presencia de cistocele, rectocele y enterocele.

En 1934 Heaney publicó por primera vez la técnica quirúrgica que con algunas modificaciones, es el método que mas se práctica en la actualidad. (1,4)

La aceptación de este procedimiento se debe a dos razones principales:

1)-El mínimo manejo del peritoneo con mínimas molestias postquirúrgicas.

2)-La posibilidad de poder recuperar, al mismo tiempo, otros trastornos de la estática pelvigenital.

Las ventajas de la histerectomía vaginal en relación con la otra vía que es abdominal son: 1.-Ausencia de insición abdominal con todas sus desventajas 2.-Corto tiempo quirúrgico con menor estrés al organismo 3.-Por lo anterior es aceptable en mujeres ancianas, sobre todo que requieren coeloplastias 4.-Menor tiempo hospitalizadas 5.-Menor incidencia de complicaciones con periodo postquirúrgico mejor tolerado 6.-Menor necesidad de narcóticos, analgésicos y otras drogas durante y postquirúrgico.

Entre las desventajas se encuentran: 1.-No es posible una exploración abdominal completa, 2.-No poder operar patología anexial extensiva 3.-Imposibilidad de explorar y reparar lesiones del tacto intestinal. Existen muchas indicaciones y contraindicaciones relativas que han evolucionado a través del tiempo, actualmente la mayoría de las indicaciones se relacionan con los trastornos de estática pelvigenital y el sangrado uterino anormal, pero como consecuencia de las indicaciones adicionales, más del 30% de todas las histerectomías se realizan por vía vaginal. (1,4,11)

Basicamente la indicación esta dada por el tamaño, movilidad y densidad uterina(4).

Multiples estudios reportan una mortalidad actual insignificante de un 0.04%(1,4,11) y una morbilidad general del 10-20%, aunque con el uso de antibioticoterapia de amplio espectro preventiva, en el periodo operatorio, se ha reducido la incidencia de la morbilidad febril postquirúrgico, que antes estaba en el 20-30% a solo un 5-10%. (1,2,4,9,11) La morbilidad esta dada principalmente por la infección en un 5% de cupula y vías urinarias primordialmente. (1,3,4,9,,11) La lesión vesical en un 0.5% y la hemorragia en un 0.4%. (1,2,4,5,7,11) Estos porcentajes varían discretamente en los diferentes estudios, en general se acepta que es bien tolerada y que tiene una morbilidad muy baja y mortalidad insignificante en relación a otras como la Histerectomia abdominal total. (1,2,4,8,9) La baja morbilidad se debe principalmente a la buena y selectiva indicación quirúrgica de pacientes con prolapso genital y en la cual no exista patologia intrapelviana, ni deformación uterina. Aunque la mortalidad practicamente se ha abatido, la morbilidad sigue siendo importante, sobre todo, en las histerectomias vaginales realizadas con una mala indicación quirúrgica.

## JUSTIFICACION

Aunque la Histerectomia vaginal reconstructiva, no es cirugía privativa de un hospital de tercer nivel, a ultimaa fechas se han incrementado y se realiza un numero importante de histerectomias vaginales reconstructivas en el servicio de Ginecología del HGO # 3 CMR IMSS. Este hospital en una unidad de atención de tercer nivel que atiende pacientes, enviadas de unidades periféricas del D.F. y area metropolitana, con prolapso genital y patologías sistemicas agregadas que requieren para su manejo un hospital de tercer nivel y sin embargo no tenemos conocimiento de la morbilidad de esta cirugía en la unidad.

En el presente trabajo se pretende conocer la frecuencia y el tipo de morbilidad de la histerectomia vaginal reconstructiva realizadas en esta unidad ya que no tenemos conocimiento estadístico al respecto.

## **OBJETIVOS**

Conocer la incidencia de la morbi-mortalidad de la histerectomía vaginal reconstructiva realizada en el hospital de Ginecología y obstetricia No. 3 del Centro Medico "La Raza" IMSS, su incidencia en relación con la, edad, indicación quirúrgica, patología sistémica agregada, antecedentes quirúrgicos abdominopélvicos, uso o no de antibióticos y tipo de complicación presentada por la misma.

## MATERIAL Y METODOS

Se analizaron los expedientes clínicos de 106 pacientes a quienes se les realizó una histerectomía vaginal reconstructiva de un total de 149 registrados durante el período de julio de 1990 a junio de 1991.

Se excluyeron 15 expedientes registrados que no correspondieron a histerectomía vaginal reconstructiva y otros 28 expedientes que se habían depurado.

El total de los 106 casos restantes se sometieron a análisis estadístico. Las variables analizadas fueron las siguientes:

- 1.-Edad=fue dividida en grupos de edad por decenios; 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60, 61 a 70, 71 a 80 años.
- 2.-Indicación quirúrgica=se formó un grupo en donde la indicación principal fue trastorno de estática pelvigenital y otro grupo donde la indicación principal fue otra patología, analizándose también de acuerdo al grado de desenso uterino I, II y III.
- 3.-Patología sistémica agregada=se formaron grupos de acuerdo a la patología principal sistémica.
- 4.-Antecedentes quirúrgicos abdominopélvicos =Hubo 2 grupos, los que tenían antecedentes quirúrgico positivo y los negativos.

5.-Uso o no de antibiótico=igual se formaron 2 grupos, los que usaron y los que no usaron.

6.-Tipo de complicación=se registraron todas las complicaciones durante el tras y postquirúrgico captadas en el expediente clínico, analizando el porcentaje de las mismas con respecto al total de hysterectomias vaginales reconstructivas.

El análisis de los resultados se efectuó por cálculo de las frecuencias promedios y porcentajes. Se registraron en tablas y gráficas.

## RESULTADOS

El numero total de histerectomias vaginales reconstructivas (HVR) captadas por el departamento de codificación del hospital fue de 149 en el periodo de julio de 1990 a junio de 1991.

De estos 149 registrados, 15 casos no correspondieron a HVR y además se excluyeron otros 28 expedientes que fueron depurados del archivo.

De los 106 casos registrados, 31 presentaron algún tipo de complicación, analizando estos datos, la incidencia de la morbilidad general de esta cirugía, fue de 29.24% en el periodo revisado. (Gráfica 1)

El análisis estadístico de las variables se efectuó tomando como base los 106 casos restantes revisados.

### 1)-EDAD-

La edad mínima registrada fue de 26 años y la máxima de 76 años. La mayor morbilidad correspondió al grupo de 41-50 años, siendo 13 casos de un total de 34 que corresponde a 12.26%. (Gráfica 11)

**MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD**

Edad	No casos	Con morbilidad	%
21-30	3	0	0
31-40	21	7	6.60
41-50	34	13	12.26
51-60	23	5	4.71
61-70	20	6	5.66
71-80	5	0	0
Total=	106	31	29.24

**2)-INDICACION QUIRURGICA-**

El grupo con indicación solamente de trastorno de estática pelvigenital, tuvo una morbilidad de 17.92% y en el grupo cuya indicación principal fue patología con TEPG, hubo una morbilidad de 11.32%.

Analizándolo, en relación, al número total de casos de casos de cada grupo encontramos un 28.35% en donde la indicación principal fue TEPG, frecuencia menor en relación al 30.76% correspondiente al grupo cuya indicación principal fue otra patología.

**MORBILIDAD DE ACUERDO A LA INDICACION QUIRURGICA  
PRINCIPAL**

Indicación	No casos	Con morbilidad	%
Trastornos de estática pelvi- genital (TEPG)	67	19	17.92
Displasia cer- vical + (TEP)	3	1	0.92
Ca Cu ED + TEP	13	3	2.38
SCPC + TEP	10	2	1.88
Miomatosis Ute- rina + (TEP)	13	6	5.66

De acuerdo al desenso uterino se encontro una mayor morbilidad general en el grupo con desenso grado II de 13.20%, pero analizandolo por el numero de casos de cada grupo, encontramos, mayor morbilidad en el grupo con desenso grado I con 36.11% de 36 casos y una menor incidencia en el grupo con desenso uterino grado III de solo 17.39% de 23 casos. (Gráfica III)

### MORBILIDAD SEGUN GRADO DE DESENDO UTERINO

Desenno uterino	No casos	Morbilidad	%
Grado I	36	13	12.26
Grado II	47	14	13.20
Grado III	23	4	3.77

### 3)-PATOLOGIA SISTEMICA AGREGADA-

El grupo que no presento patologia sistematica que fue de 31 casos,6 presentaron morbilidad con un 5.65% de la morbilidad general y el grupo de las que tuvieron algun tipo de patologia sistematica,presentaron una morbilidad general del 23.58%;teniendo la frecuencia mas alta de morbilidad el grupo con HASO de un 11.32%.(Grafica IV)

**MORBILIDAD DE ACUERDO A PATOLOGIA SISTEMICA AGREGADA**

Patologia	No casos	Morbilidad	%
Ninguna	31	6	5.66
HASC	39	12	11.32
D.M	12	6	5.66
CRI DLH	3	0	0.00
EPOC	5	0	0.00
Doble patologia	6	2	1.68
Otros	10	5	4.71

**A1- ANTECEDENTES QUIRURGICO ABDOMINOPELVICO-**

La morbilidad encontrada en el grupo con antecedente negativo fue de 11 casos de un total de 53 que corresponde a un 10.37%. Y el grupo con antecedente positivo, tuvo una morbilidad de 18.86% correspondiente a 20 casos de un total de 53 casos, según el tipo de cirugía previa, el grupo con cesarea tuvo una mayor morbilidad que fue de

66.66%, correspondiente a 8 casos de un total de 12, siendo este porcentaje igual al grupo con cesarea/apéndicectomia, siendo de un 50% en el grupo con apéndicectomia solamente. (Gráfica V)

#### MORBILIDAD SEGUN ANTECEDENTE QUIRURGICO

Antecedente	No. casos	Morbilidad	%
Negativo	53	11	10.37
Positivo	53	20	18.86
Cesarea	12	8	7.54
Apéndicectomia	6	3	2.63
Embarazo utopico	3	1	0.94
Apéndicectomia cesarea	3	2	1.88
Otros	29	7	6.60

#### Q51-USO O NO DE ANTIBIOTICO-

La menor morbilidad general se encontro en el grupo sin uso de antibiòtico con 5.66%,pero analizandose el numero de casos con morbilidad segun el total de cada grupo,encontramos una morbilidad de 37.5% en el grupo sin uso de antibiòtico en comparaciòn con un 27.77% del grupo que uso antibiòtico.(Gráfica 6)

#### MORBILIDAD DE ACUERDO AL USO O NO DE ANTIBIOTICO

Antibiótico	No casos	Morbilidad	%
Sin	16	6	5.66
Con	90	25	23.58

Analizando solo la morbilidad infecciosa encontramos una incidencia de 37.5% en el grupo sin uso de antibiòtico y solo un 18.88% en el grupo que uso antibiòtico.

#### MORBILIDAD INFECCIOSA

Antibiótico	No casos	Morbilidad	%
Sin	16	6	37.50
Con	90	17	18.88

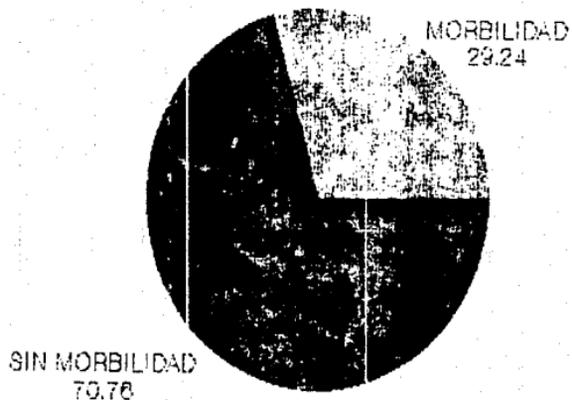
#### 6)-TIPO DE COMPLICACION-

Lo mas frecuente fue absceso de cúpula vaginal con 20 casos correspondiendo a un 18.86% y lo menos frecuente fue hemorragia de pediculos con solo 2 casos, un 1.88% de morbilidad. (Gráfica 7)

#### TIPO DE COMPLICACION PRESENTADA

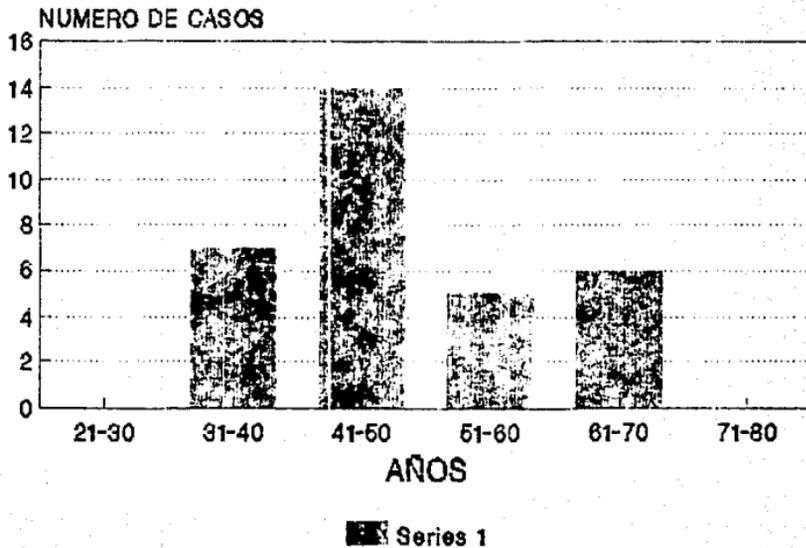
Complicación	No casos	%
Absceso Cúpula	20	18.86
I.V.U	8	7.54
Lesión vesical	6	5.66
Sangrado pediculos	2	1.88
Doble complicación	5	4.71

**GRAFICA 1**  
**INCIDENCIA GLOBAL DE MORBILIDAD DE HVR**

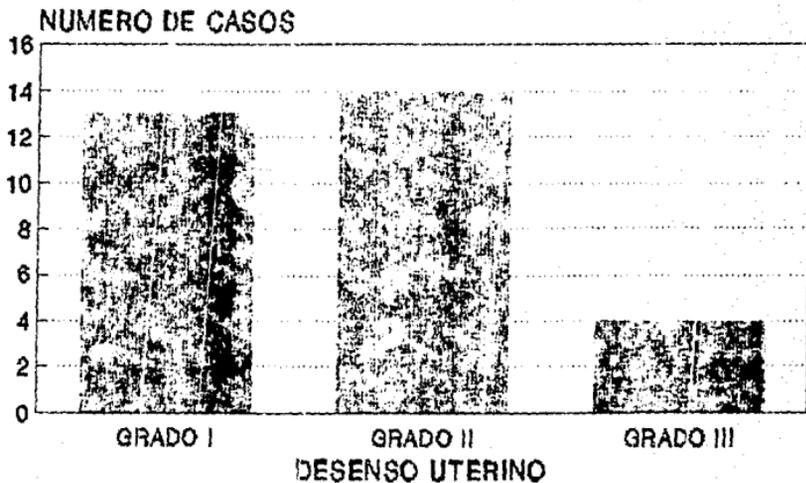


**TOTAL DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL  
RECONSTRUCTIVA**

## GRAFICA II INCIDENCIA DE MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD

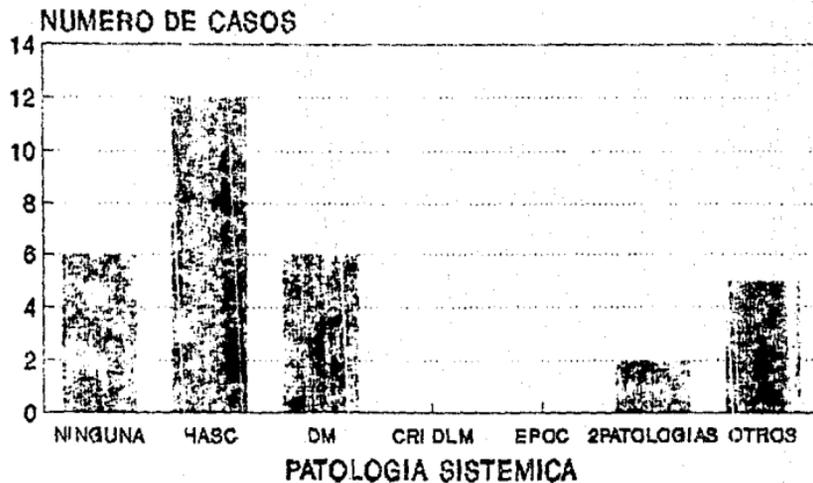


**GRAFICA III**  
**INCIDENCIA DE LA MORBILIDAD DE ACUERDO**  
**AL GRADO DE DESENZO UTERINO**



Series 1

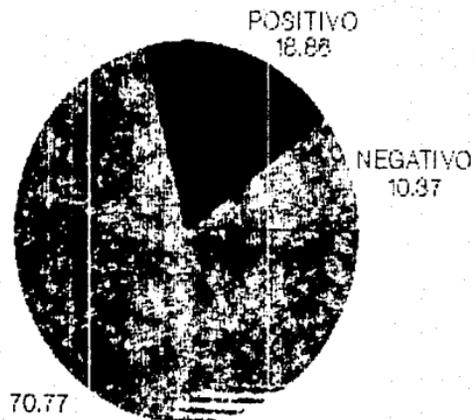
GRAFICA IV  
MORBILIDAD DE ACUERDO A PATOLOGIA  
SISTEMICA AGREGADA



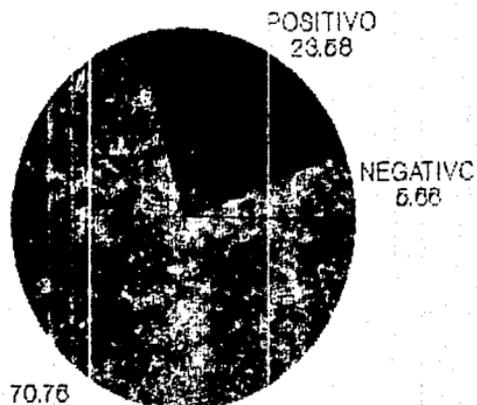
Series 1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

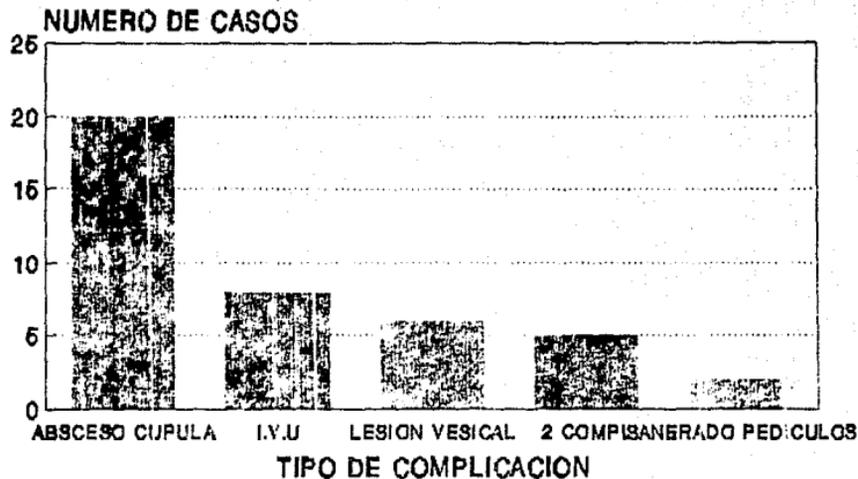
**GRAFICA V**  
**MORBILIDAD DE ACUERDO AL**  
**ANTECEDENTE QUIRURGICO**



**GRAFICA VI**  
**MORBILIDAD EN RELACION AL USO**  
**DE ANTIBIOTICO**



**GRAFICA VII**  
**INCIDENCIA DE MORBILIDAD DE ACUERDO**  
**AL TIPO DE COMPLICACION**



Series 1

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La incidencia de la histerectomía vaginal reconstructiva en nuestra unidad fue de 29.24% cifra promedio mayor a lo reportado en la literatura(1,2,4,9) esto probablemente influido por ser un hospital de concentración en donde la población es muy grande.

Con respecto a los datos estadísticos encontramos que la mayor frecuencia de casos de morbilidad correspondió a la edad de 41-50 años que es acorde a lo reportado en la literatura(4) y llama la atención el incremento de esta cirugía a menor edad por la paridad más temprana que origina trastornos de estática pélvica genital a menor edad.

La indicación más encontrada fue trastornos de estática pelvigenital que en la última década ha sido la indicación más frecuente a nivel mundial(4,5,9) y se encontró que a menor desenso uterino, mayor morbilidad presente. Se entiende que la morbilidad se incrementa en pacientes con patología sistémica agregada, corroborándose en esta revisión, en donde se duplicó la morbilidad de estos casos en relación al grupo de pacientes sin ninguna patología sistémica agregada, llamando la atención las pacientes con Diabetes mellitus en donde el 50% de ellas presentaron morbilidad principalmente infecciosa.

La importancia que tiene el antecedente de alguna cirugía abdominopelvica, es para incrementar la morbilidad de la histerectomia vaginal reconstructiva, se corrobora en este estudio, donde casi se duplico la morbilidad en el grupo con antecedente quirúrgico (18.86%), igual que se comenta en la literatura mundial.

Se observo en el presente trabajo, que el uso de antibiótico disminuye la morbilidad infecciosa en forma importante, encontrandose en esta revisión que el grupo sin uso de antibiótico presento una morbilidad infecciosa de 37.50%, con disminución importante, hasta un 18.88% del grupo con uso de antibiótico, siendo el antibiótico que que mas se uso el cloranfenicol en un 80%.

El tipo de complicación mas frecuente fue el infeccioso en un 21.69% y aunque en la literatura se reporta la celulitis pelvica, como el tipo de complicación mas frecuente, en este estudio encontramos el absceso de cupula principalmente en un 19.92% en donde muy probablemente se encuentre incluido la celulitis pelvica. (1,2,4,9) Lo que llama la atención es la incidencia mucho mayor de la

lesión vesical encontrada que fue de 5.68% en relación a lo reportado en la literatura de 0.5, esto se debe principalmente al numero elevado de casos con desenso uterino grado I que fueron 36 (33.96%) de los 106 casos estudiados, lo cual incrementa la dificultad quirúrgica de este procedimiento.

Los dos casos de hemorragia de pediculos fueron durante el transoperatorio y se corrigio por via vaginal.

Solo dos casos de absceso de cupula requirieron laparotomia exploradora para drenaje del mismo, los demas respondieron al tratamiento médico.

En este estudio, no se encontro morbilidad tipo intestinal ni complicación sistémica secundaria al procedimiento quirúrgico, tampoco ningun proceso fistuloso.

Cabe destacar que no se encontro ninguna defunción en este estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se establecen las siguientes conclusiones:

- 1.-La morbilidad de la histerectomía vaginal reconstructiva en nuestra unidad es alta en general.
- 2.-La morbilidad de esta cirugía es incrementada por la mala selección quirúrgica de pacientes con mínimo desenso uterino.
- 3.-También se incrementa por los antecedentes quirúrgicos abdominopelvicos de los pacientes.
- 4.-El uso de antibiótico reduce de manera importante la morbilidad infecciosa de este procedimiento quirúrgico.
- 5.-La mortalidad de esta cirugía es practicamente nula.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Arana Arana y Roman Ayata.Histerectomia vaginal con tecnica de Heaney.Gin Obst Mex.1987;55:145-8.
- 2.-Dicker R.C.MD y cols.Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United states.Am J.Obstet Gynecol 1982;144:841-8.
- 3.-Farghaly S.A. y cols.Post-hysterectomy urethral dis-función Br.J. Of Urology 1986;58:299-302.
- 4.-Gitsch G. y cols.Trends in thirty years of vaginal hysterectomy Surgery Gynecology obstetrics 1991;172:207-210.
- 5.-Gitsch E. y cols.Various effects of abdominal and vaginal hysterectomy in benign diseases.Eur J.Obstet Ginecol Rep.Biol.1990;36:259-263.
- 6.-Krebs H.B.MD.Intestinal injury in ginecologic surgery. Am J. Obstet Gynecol 1986;155:509-14.
- 7.-Krush E.D.MD y cols.Prevention of the development of a vesico-vaginal fistula.Surgery gynaecology obstetrics 1988;166:409-412.
- 8.-Loft A. y cols.Early postoperative mortality following hysterectomy.Br.J. of obstetrics gynecology.1991;98: 147-154.
- 9.-Steven C.W.MD. y cols.Comparasion of hysterectomies vaginal and abdominal.Obstetrics and gynecology 1971;37: 530-537.
- 10.-Wingo P.A.MD. y cols.The mortality risk associated with hysterectomy.Am.J.obstet Gynecol 1985;152: 803-808.
- 11.-Tiffany J.Williams.Histerectomia vaginal,complicaciones; en Mattlingly R.F. MD Thompson J.D.MD Ginecologia Ope-ratoria"El ateneo"1987;488-9.