

11217  
10  
205

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios Superiores



Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4  
Departamento de Enseñanza e Investigación

29 1992  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

## Re-intervenciones en Gineco-Obstetricia

T E S I S  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
GINECO - OBSTETRA  
REALIZADA POR:

Dra. HERNILDA LUCIA AYORA GALERA  
Coordinadores: Dr. Raúl Ortiz De La Peña  
Dr. Gustavo Reyes Villaseñor

RECIBIDO  
CARRERA DE GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE SALUD  
HGO. PLUS CASTILLO LAYAN  
ENSEÑANZA

*[Handwritten signatures and stamps]*

1992



## **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.

## CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODO

RESULTADO

DISCUSION Y COMENTARIO

CONCLUSIONES

RESUMEN

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCIÓN

La frecuencia de las operaciones en Ginecología ha estado sufriendo un incremento notable en los últimos años, debido a la mayor seguridad que ofrecen las nuevas técnicas quirúrgicas y anestésicas empleadas, por lo mismo las complicaciones que ameritan una reintervención son más frecuentes. (1, 7).

Las causas que requieren de una reintervención quirúrgica son múltiples, algunas previsibles y otras pueden atribuirse a defectos en la valoración preoperatoria, en la indicación quirúrgica, en la técnica empleada o al deficiente manejo postoperatorio, o una combinación de todos estos factores, que dan como resultado el de reintervenir al paciente, con los riesgos que éste mismo representa. (1, 2, 7).

Este tema es motivo de muchas controversias, pero nunca se ha elaborado de manera sistematizada para obtener conocimientos que nos orienten a solucionar eficientemente estas complicaciones. En nuestro medio no hay reportes en relación a frecuencia, método y evolución posterior de estas pacientes y de ahí el interés en realizar una investigación clínica en nuestro Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2. Se estudian 56 casos ocurridos de octubre de 1981 a marzo de 1982, para tener una visión clara a este respecto y que nos permita llevar a cabo un plan de acción que nos conduzca a la óptima atención médica de las pacientes que ameriten algún procedimiento quirúrgico.

Así pues, con este trabajo no trato más que llegar a una revisión exhaustiva de este tema que lleva en sí, aún muchos puntos oscuros y que en su modestia ayudará a irlos dilucidando.

### OBJETIVOS.

El objetivo del presente trabajo es el de llegar a conocer los factores que ocasionan reintervenciones en las pacientes gineco-obs-tétricas, y de esta forma destacar los más importantes para eliminar los y abatir la morbilidad quirúrgica, que en el presente es elevada.

La publicación y difusión de estos conocimientos en nuestro medio, ayuda al gineco-obstetra a tener en cuenta estos factores para mejorar los resultados de sus casos quirúrgicos.

### MATERIAL Y METODO.

Se efectuó una revisión de expedientes en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período comprendido de octubre de 1981 a marzo de 1982.

Durante este período se efectuaron 6,214 cirugías de primera vez, de las cuales se obtuvieron 56 casos, los cuales analizamos y -- que correspondieron a pacientes en las que se les practicó una reintervención quirúrgica, por complicaciones que se presentaron posteriores a la primera.

Además se analizaron de cada expediente, edad, cirugía efectuada por primera vez, número de reintervenciones efectuada, horas o días de intervalo entre la primera cirugía y la primera reintervención efectuada, factores que ocasionaron una nueva intervención, cirugía efectuada en las intervenciones, condiciones al salir y días de estancia hospitalaria.

Las intervenciones fueron realizadas por el equipo habitual de la institución que incluye médicos especialistas adscritos y residentes de la especialidad.

### RESULTADOS.

De las 6,214 cirugías efectuadas en el lapso de 6 meses que correspondió a nuestro estudio, 56 casos ameritaron una nueva intervención quirúrgica, lo que representó un 0.9% de complicaciones en nuestro medio.

#### NUMERO DE CIRUGIAS EFECTUADAS POR 1a. VEZ.

CESAREAS	REINT.	%	LEGRADOS	REINT.	%
2,549	27	1.05	1,769	11	0.62
SALPINGO.	REINT.	%	HISTEREC.	REINT.	%
1,482	2	0.13	220	9	4.09
LAPAROTO.	REINT.	%	LAPAROSC.	REINT.	%
98	5	5.10	96	2	2.08

NOTA: no estan incluidas las salpingoclasias transcesáreas.

TOTAL DE CIRUGIAS EFECTUADAS: 6,214, con 56 casos estudiados que corresponde a 0.9%.

Edad. la edad fluctuó entre los 17 y 55 años, con un promedio de 30.8 años. Siendo la mayoría entre la tercera década (21/30 años) que fueron 25 casos, lo que constituye un 44.64%, seguidamente entre la cuarta década (31/38 años) 15 casos, siendo el 26.74%. Pacientes con edad entre 17 y 20 años, 7 casos (12.5%), las de 41 a 46 años fueron 6 casos (10.71%) y 3 casos de pacientes de 55 años, que fué la edad mayor (5.36%), la paciente más joven (17 años) fué intervenida de cesárea por DCP y las 3 mayores de 55 años de HTA (cuadro No. 1).

EDAD.

DECADA	No. CASOS	EDAD PROMEDIO	%
2a.	7	17-20 años	12.5
3a.	25	21-30 "	44.64
4a.	15	31-38 "	26.72
5a.	6	41-46 "	10.71
6a.	3	55 años	5.36
	56		100.00%

PROMEDIO DE EDAD: 30.8 años.

Cuadro No. 1

Etiología, la mayoría de los casos sometidos a una nueva intervención, lo constituyó las cesáreas en un 48.21% (27 casos), indicadas la mayor parte por Desproporción Cefalo-pélvica. Los legrados uterinos en segundo lugar en 19.65%, la mayoría de ellos por aborto incompleto y por sangrado anormal. En 9 pacientes se practicó HTA (16.08% siendo la causa principal, miomatosis y atonía uterina. Las laparatomías constituyeron el 8.94% (5 casos), todos ellos por abdomen agudo. Salpingoclasias fueron 2 casos (3.56%) todas ellas post-parto. Únicamente encontramos 3.56% de complicaciones en las laparoscopías efectuadas para diagnóstico, una por esterilidad y otra por abdomen agudo.

Cuadro No. 2.

CIRUGIAS EFECTUADAS.

ETIOLOGIA	Núm. CASOS	%
CESAREAS	27	48.21
LEGRADOS	11	19.65
HISTERECTOMIAS	9	16.08
LAPARATOMIAS	5	8.94
SALPINGOCLASIAS	2	3.56
LAPAROSCOPIAS	<u>2</u>	<u>3.56</u>
	56	100.00%

Cuadro No. 2



Cirugías efectuadas en las Reintervenciones. las cirugías más frecuentemente efectuadas fueron las histerectomías, 24 casos (42.86%) indicadas la mayoría de ellas por infección (13 casos) seguidamente por atonía uterina y perforación, un caso por ruptura uterina y otro por retención de cabeza postlegrado. Las laparatomías se efectuaron en un 39.29% (22 casos) por pedículos sangrantes en su gran mayoría, así como sutura de perforación postlegrado, hubo un caso de ligadura de biliar pática postcesárea. Ocurrieron 18 casos de resutura (32.14%) efectuadas por dehiscencia de herida y por eventración. En porcentaje de 14.28% y 7.14% respectivamente fueron para los drenajes de abscesos, hematomas y lavado de cavidad. (Cuadro No. 3).

**CIRUGIAS EFECTUADAS EN LAS REINTERVENCIONES.**

CIRUGIA	Núm.CASOS	%
HISTERECTOMIAS	24	42.86
LAPARATOMIAS	22	39.29
RESUTURAS	18	32.14
DRENAJE DE ABSCESOS	3	14.28
LAVADO DE CAVIDAD	4	7.14

\*\*\*\* el número no coincide, ya que hubo pacientes que ameritaron más de una reintervención.

Cuadro No. 3

Factores condicionantes, los factores que ocasionaron una nueva reintervención pueden ser variables, nosotros los clasificamos en mala técnica quirúrgica, en donde incluimos la falta de hemostasia de vasos sangrantes, perforaciones uterinas por legrados, mala elaboración de nudos de sutura, etc., ésto constituyó 38 casos (67.86), siendo la causa principal las resuturas, en donde se encontró 18 casos, la mayoría de ellos por hematomas de pared, 13 casos, así mismo se incluye las perforaciones uterinas, 9 casos y sangrado de pedículo en 10 casos. Por infecciones fueron 15 casos (26.79%), en tres de ellas las clasificamos como causas idiopáticas (5.35%), ya que correspondieron, una a trastornos de la coagulación y otras dos a atonías uterinas.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA REINTERVENCION.

FACTOR	Núm. CASOS.	%
MALA TECNICA	38	67,86
INFECCION	15	26,79
IDIOPATICA	<u>3</u>	<u>5,35</u>
	56	100,00%

Número de reintervenciones. 36 de los casos estudiados necesitaron de una sola reintervención (64.28%) que en este caso las más frecuentes fueron las resuturas, en 12 casos, las histerectomías en 11 de ellas, en 10 se efectuaron laparatomías, seguidas en 3 casos por drenajes de pequeños abcesos. En un 23.21% de los casos (13) ameritaron 2 reintervenciones, 6 de ellas laparotomías, 3 resuturas, 2 histerectomías y 3 drenajes con lavado de cavidad. Hubo un mayor porcentaje de pacientes que ameritaron 4 cirugías (7.15%) que las que ameritaron 3 (5.36%) éstas ocasionadas ya por infecciones severas. (Cuadro No. 5).

NUMERO DE REINTERVENCIONES.

Núm. DE CIRUGIA	Núm. DE CASOS	%
1	36	64.28
2	13	23.21
3	3	5.36
4	4	7.15
	56	100.00%

Cuadro No. 5

Intervalos entre la primera cirugía y la primera reintervención. en la mayoría de los casos, la primera reintervención se efectuó las primeras 6 horas (30.36%) en 17 casos, ya que en su mayoría fué por

atonias (3), sangrado de pedículo (5), perforaciones (9). Posteriormente ocupa el segundo lugar las que fueron reintervenidas en más de 6 días 15 (26.79%), éstas debido a dehiscencias, eventraciones e infecciones, muy de cerca las reintervenidas los primeros 6 días 13 casos (23.22%) por las mismas causas, le siguen la de los primeros 3 días 10.72% (6 casos), las primeras 24 hs. 5.35% (3 casos) y las primeras 12 hs. 2 casos (3.56%) (Cuadro No. 6).

**INTERVALO ENTRE LA 1a. CIRUGIA Y LA 1a. REINTERVENCIÓN**

No. de HS. O DIAS	NO. DE CASOS.	%
las 6 hs.	17	30.36
" 12 hs.	2	3.56
" 24 hs.	3	5.35
los 3 días	6	10.72
" 6 días	13	23.22
Más de 6 días	<u>15</u>	<u>26.79</u>
	56	100.00%

\*\*\* mínimo 30 minutos y máximo 68 días.

Cuadro No. 6

Condiciones al salir, las condiciones al salir fué en la mayoría satisfactorio en un 78.58% (44 casos) una de ellas salió con fístu

la recto-vaginal y otra dehiscencia parcial de herida. Un 12.5% (7 casos) fallecieron, siendo la causa principal por infecciones con complicaciones sistémicas. En 5 de ellas (8.92%) se ignora su estado, ya que fueron enviadas al C.M.N. para su manejo, por complicaciones más severas, como insuficiencia renal (Cuadro No. 7).

#### CONDICIONES AL SALIR.

Condiciones	No. de Casos	%
SATISFACTORIO	44	78.58
FALLECIERON	7	12.50
SE IGNORA **	<u>5</u>	<u>8.92</u>
	56	100.00%

\*\* Fueron enviadas al C.M.N.

#### Cuadro No. 7

Días de Estancia Hospitalaria, varió, siendo el mínimo de 4 días y el máximo de 45 días (1 caso), con promedio de 14.8 días, -- los días de mayor estancia fueron 5, 7 y 13 días (a 5 casos cada uno) seguidos de 4, 8, 10, 11 y 12 días con 4 casos cada uno, hubo tres -- casos de 27 días y en menor número (2 casos) los días 15, 16, 17, -- 18 y 19 y a un caso los días 9, 14, 29, 30 y 41 días de estancia en -- el Hospital.

ANALISIS DE LOS CASOS.

Cesáreas, de las 2,549 cesáreas efectuada en este lapso, 27 fueron reintervenidas, lo que constituye el 1.05% del total y es 48.2% de los casos reintervenidos que fueron 56. (Ver cuadro).

Resultado, se operaron 5 por DCP y 5 por pélvico (18.51%), 3 por iterativa, preeclampsia, S.F.A. en 3 se ignora (11.12%), 2 por DPPN, y a 1 por transversa, gemelar y ant. de miomatosis (3.70%).

De los 27 casos a 12 se les reintervino por la vez de histerectomías (44.45%) de las cuales 7 fueron por infección (58.5%), 3 por desgarros comisurales (25%) y dos por atonía (16.5%). Una falleció por repercusión sistémica, reintervenidas por resutura fueron 10 (37.03%), seis por dehiscencia de herida (60%), tres por eventración (30%) y 1 por hematoma de pared (10%), cuatro pacientes se les efectuó laparatomía (14.82%), dos por hematoma de pared (50%), 1 por ruptura hepática (25%) y la otra se ignora por haberse operado en su clínica. En un caso de los 27 se efectuó LIII por infección (14.82%).

De los 27 casos de cesárea, 7 pacientes necesitaron más de una reintervención: 5 necesitaron 2 reintervenciones, 3 por laparatomía (1 torción mesentérica, otra pedículo sangrante y la otra, lavado de cavidad), 2 se enviaron al C.M.N., ignorándose el estado final. Otra de las 5 se efectuó HTA por infección y a la otra resutura.

C E S A R E A S .

INDIC.	1a. REINTERV.	CAUSA	INTERV.	2a.	3a.	4a.	Edo. al Salir
1. Iterativa	Laparat.	Rup. caps. hepática	22 hs.	-	-	-	Satisfac.
2. Otra Clín.	H.T.A.	Infección	6 días	-	-	-	Satisfac.
3. Miomatosis	H.T.A.	Atonia	6 hs.	-	-	-	Satisfac.
4. Otra Clín.	Drenaje abs. pared.	Infección	68 días	-	-	-	Satisfac.
5. S.F.A.	Resutura	Dehiscencia	6 días	-	-	-	Satisfac.
6. Pélvico	Resutura	Eventración	2 días	-	-	-	Satisfac.
7. Pélvico	L.U.I.	Infección	11 días	HTA	-	-	Satisfac.
8. DPPN	Resutura	Dehiscencia	8 días	-	-	-	Satisfac.
9. DPPN	H.T.A.	Infección	8 días	-	-	-	Satisfac.
10. D.C.P.	Laparat.	Hematoma pared.	5 hs.	-	-	-	Satisfac.
11. Pélvico	Resutura	Eventración	11 días	-	-	-	Satisfac.
12. Preeclamp.	H.T.A.	Desg. Comis.	10 hs.	-	-	-	Satisfac.
13. Iterativa	Resutura	Dehiscencia	12 días	-	-	-	Satisfac.

C E S A R E A S .

INDIC.	1a. REINTERV.	CAUSA	INTERV.	2a.	3a.	4a.	Edo. al Salir
14. Pélvico	Resutura	Eventración	4 días	-	-	-	Satisfac.
15. Eclampsia	H.T. subtotal	Infección	7 días	Laparot.	torsión mesent.		C.M.N.
16. Iterativa	Resutura	Dehiscencia	4 días	-	-	-	Satisfac.
17. D.C.P.	Resutura	Dehiscencia	11 días	-	-	-	Satisfac.
18. D.C.P.	Resutura	Dehiscencia	6 días	-	-	-	Satisfac.
19. Pélvico RPM	Laparot.	Hemat. parec.	2 há.	-	-	-	Satisfac.
20. Eclamp. RPM	H.T.A.	Infección	5 días	Falleció: repercusión sistémica.			
21. S.F.A.	HT. subtotal	Desgarros	1 hr.	-	-	-	Satisfac.
22. Transversa Otra Clfn.	H.T. subtotal	Infección	8 días	lapar. lav. lav. cav. cav.	falleció C.M.N.: IRA		
23. Gemelar	H.T. Subtotal	Hipotonía	3 hs.	lap. ped. sangrante	-		Satisfac.
24. Su Clfn.	H.T.A.	Infección	12 días	lav. cav. envío a C.M.N.			
25. D.C.P.	HTA y SOD	Infección	14 días	Resut.	-	-	Satisfac.
26. D.C.P.	H.T.A.	Hematoma paramétricos	9 hs.	-	-	-	Satisfac.
27. S.F.A.	Laparot.	Su clin.	2 días	HTSubt. Infección	lav. cav.	lap. perf. peritoneo	Falleció C.M.N.



Una paciente requirió de 3 reintervenciones, dos de las últimas por lavado de cavidad por infección, falleció en C.M.N. por IRA. La sola paciente requirió de 4 reintervenciones por infección, tuvo perforación de vejuno y falleció en el C.M.N.

Tres pacientes fallecieron (11.11%) de las 27 y el 5.33% de las 56, dos de ellas provenientes de otra clínica, donde se efectuó la primera cirugía.

Legrados, de los 1,769 legrados efectuados, 11 requirieron de una reintervención (0.62%) y es el 19.65% de las 56 reintervenciones. (Ver cuadro).

Resultado, de los 11 casos, en 5 de ellos se efectuó por aborto (45.45%) en 4 por sangrado anormal (36.37%), 1 caso por retención de DIU (9.09%) y otro (9.09%) por retención de restos.

En 8 casos, la primera reintervención fué HTA (72.72%), 4 de ellas por perforación uterina (50%) 3 por infección (37.5%) y 1 caso por retención de cabeza (12.5%), de éstas 1 falleció por IRA e insuf. renal.

Tres de los 11 casos se reintervinieron de laparotomía (37.5%), dos de ellas por perforación (66.66%) y 1 de ellas lesión intest. con anastomosis (33.34%). De estos 11 casos, 3 pacientes necesitaron 2 reintervenciones: dos por resutura de pared y una drenaje de absceso retroperitoneal.

L E G R A D O S .

INDIC.	1a. REINTER.	CAUSA	INTERV.	2a.	3a.	4a.	Edo. al Salir
1. S.U.A.	H.T.A.	Perfor.	3 hrs.	Resut.	-	-	Satisfac.
2. Ret. DIU	H.T.A.	Rup. uterina a nivel istmo	2 hs.	-	-	-	Satisfac.
3. Ret. Restos	H.T.A.	Perforación	1 hr.	lap. drenaje	absceso retr.		Satisfac.
4. Aborto Part.	H.T.A.	Infección	5 días	-	-	-	Fístula vésico vaginal.
5. Aborto	Lap.	Sutura perf.	1 hr.	-	-	-	Satisfac.
6. Aborto Part.	H.T.A.	Perforación	5 días	lav. cav.	debrid.	SOI	Falleció IRA Y Resp.
7. Sangrado	Laparatomia	Perforación	2 hrs.	-	-	-	Satisfac.
8. Sangrado	Lap. resec. intest.	Lesión int. pef.	1 hr.	-	-	-	Satisfac.
9. Aborto	HTA y SOB	Infección	14 días	-	-	-	Satisfac.
10. Aborto	H.T.A.	Ret. de cabeza	2 hrs.	resut. hemat.	-	-	Satisfac.
11. Sangrado	HTA y SOB	Infección	4 días	-	-	-	Satisfac.

Una sola paciente necesitó 5 reintervenciones (se efectuó LUI particular), falleció por IRA y resp. en el C.M.N., representa 9.09% de los 11 casos y el 1.78% de los 56.

Histerectomías, Se efectuaron en estos 6 meses de estudio, - 220 histerectomías de las cuales 9 necesitaron reintervención (4.09%), y es 16.07% de las reintervenciones. (Ver cuadro).

Resultado, la indicación en 3 de ellas fué por atonía uterina -- (33.34%) y a un caso de dehiscencia de histerorrafia, quiste de ovario adherido a utero, acretismo, miomatosis, pólipos y un prolapso, lo - que constituye el 11.11%. En 6 casos la primera reintervención fué por laparotomía (66.66%), 4 por sangrado de pedículo (66.66%), 1 por absceso de anexo (16.17%) y la otra por drenaje de hematoma retro-peritoneal (16.17%). Una de ellas falleció por IRA.

En los otros 3 casos la primera reintervención fué resutura de pared (33.34%) dos por dehiscencia (66.66) y 1 por eventración (33.34%).

De los 9 casos, 1 necesitó de 2 reintervenciones por sangrado de ligamento tubo-ovárico y otra necesitó de 3 reintervenciones por sutura de desgarros vaginales y lagadura de mesentéricas (hipogástricas). -- Una paciente falleció (11.11%), de los 9 casos, por IRA, 1.78% de los 56.

H I S T E R E C T O M I A S .

INDIC.	1a.REINTER.	CAUSA	INTERV.	2a.	3a.	4a.	Edo.al Salir.
1. Dehisc. hist. cesárea prev.	Resutura	hematoma de pared.	2 días	-	-	-	Satisfac.
2. Ovario adherido utero.	Lap.	drenaje hem. retroperit.	14 hs.	-	-	-	Satisfac.
3. Acretismo	Lap.	Pedic. sangr.	8 hs.	-	-	-	Satisfac.
4. Atonia, fórceps desgarro vagin.	Lap.	Pedic. sangr.	4 hs.	resut. lig. vaginal mesenter.			Falleció IRA
5. Pólipos	Resutura	Eventración	6 días	** se envió a C-8		Abdómen Agudo.	
6. Hipovolemia H.G.O. 3	Lap.	Ped. sangr.	24 hs.	lap. lig. tubo-ovárica			Satisfac.
7. Miomatosis	Resutura	Dehiscencia	5 días	-	-	-	Satisfac.
8. Atonia	Lap.	Ped. sangr.	12 hs.	-	-	-	Satisfac.
9. Prolapso HTV	Lap.	Abscesc. anexo	21 días	-	-	-	Satisfac.

Laparotomías, de las 98 laparotomías, 5 se reintervinieron - (5.10%) que es el 8.92% de los 56 casos que ameritaron reintervención. (Ver Cuadro).

Resultado, de los 5 casos, la indicación en 4 de ellos fué por abdomen agudo (80%) en 1 por quiste de ovario (20%).

En dos casos (40%) la primera reintervención fué resutura por eventración, en otros dos casos (40%) de laparotomía, 1 por sangrado de pedículo (50%) y otro por extracción de mikulecz (50%) y en 1 caso (20%) HTA por infección. Dos pacientes requirieron de dos reintervenciones, 1 por laparotomía por resección de yeyuno que falleció y la otra por resutura de pared.

Una paciente que falleció (20%) fué por complicaciones en aparato digestivo 1.78% de las 56.

Laparoscopias, se efectuaron 96, 2 se reintervinieron (2.08%) y es el 3.57% de los casos en estudio. (Ver Cuadro).

Resultado, las 2 pacientes (fueron reintervenidas de laparotomía (100%) una por perforación (50%) y la otra por quiste de ovario - (50%), en una se requirió una segunda reintervención por dehiscencia de pared.

L A P A R A T O M I A S .

Indic.	1a.Reinterv.	Causa	Interv.	2a.	3a.	4a.	Edo. al Salir
1. Abdomen agudo, q. ovario- roto.	Resutura	Eventración	6 días	Lap. resección yeyuno.			Falleció.
2. Abdomen agudo, ectopico.	Lap.	Extracción mikulecz	2 días	-	-	-	Satisfac.
3. Abdomen agudo, piosalpinx	Resutura	Eventración	2 días	-	-	-	Satisfac.
4. Pelviperito. Abdomen agudo, parto dist.	Desgarro comisura derecha	Infección	2 días	Resutura de pared			Satisfac.
5. Quiste de Ovario.	Lap.	Sangrado pedículo	14 hs.	-	-	-	Satisfac.

L A P A R O S C O P I A .

Indic.	1a. Reinterv.	Causa	Interv.	2a.	3a.	4a.	Edo. al Salir
1. Dolro abdom.	Lap. resutura	Perforación	30 min.	-	-	-	Satisfac.
2. Esterilidad	Salpingooforectomía.	Q. de ovario	30 min.	resutura pared			Satisfac.

S A L P I N G O C L A S I A .

1. Paridad Satisfecha	HT. Subtotal	Absceso	29 días	Lap. hem. capa Mikulecz	Se reti-ro Mikulecz	Enteroanatomosis.	FALLESIO Supsis.
2. Paridad - Satisfecha	Lap.	Ped. sangr.	20 hs.	-	-	-	Satisfac.

Salpingoclasia . de las 1,482 cirugías efectuadas, únicamente 2 pacientes se reintervinieron (0.13%) y es el 3.57% de los casos en estudio (Ver cuadro).

Resultado, de las dos pacientes, una fué reintervenida de histerectomía subtotal por absceso, la cual se complicó con aparato digestivo; se efectuó entero-anastomosis y falleció (50%). La otra paciente fué reintervenida (50%) de laparatomía por pedículo sangrante.

#### DISCUSION Y COMENTARIO.

Desde hace mucho tiempo se sabe que las complicaciones quirúrgicas en gineco-obstetricia son las principales causas de mortalidad, ocasionando como consecuencia nuevas reintervenciones. -- las cuales podemos dividir en:

1. INMEDIATAS. Son las que ocurren los primeros 3 días y casi siempre estan ocasionadas por error, como:

##### MALA TECNICA QUIRURGICA:

- a) Nudos imperfectos
- b) Pedículos muy grandes
- c) Hemostasia defectuosa
- d) Hipotensión no corregida transoperatoria
- e) Material de sutura inadecuado

##### TRASTORNOS DE LA COAGULACION



VIA OPERATORIA INADECUADA

LESION DE ORGANOS VECINOS

OLVIDO DE EQUIPO QUIRURGICO

2. MEDIATAS. Estas ocurren entre los primeros 3 a 7 días de la primera intervención, causadas por:

- a) Hemorragias
- b) Infección
- c) Lesión a órganos vecinos
- d) Extracción de equipo quirúrgico
- e) Dehiscencia
- f) Eventración

3. TARDIAS. Son las que se presentan después de los 7 días, - entre ellas tenemos:

POR COMPLICACIONES:

- a) Hematomas y/o hemorragias
- b) Infección
- c) Extracción de cuerpos extraños
- d) Fístulas
- e) Adherencias
- f) Hernias
- g) Cicatriz que loide o estenosante

**POR PROGRAMACION:**

- a) Extracción de miomas
- b) Extracción de férulas
- c) Extracción de dispositivos
- d) H.T.A. post conización
- e) Laparoscopia

Entre las diversas causas citológicas podemos enunciar los principales factores que intervienen en la necesidad de repetir un acto quirúrgico como son las siguientes:

**CESAREAS.** Es una de las cirugías que más frecuentemente ocasionan complicaciones que conducen a una reintervención, por los siguientes motivos:

1. **SANGRADO,** es una de las causas principales de las complicaciones de una cesárea y puede ser:
  - a) De pared, la hemostasia de pared debe ser cuidadosa, ya que no solo disminuye la pérdida de sangre, sino también priva a los organismos patógenos de un medio ideal para su multiplicación, así mismo evita la formación de hematomas y secundariamente dehiscencias de pared y evisceraciones (1, 8, 9).
  - b) Dehiscencia de histerorrafia, se acompaña de un --

sangrado profuso, cuando ésta es del tipo corporal y si la reparación no tiene la seguridad de lograr una hemostasia total, deja un órgano que podría en peligro la vida de la paciente en la evolución postoperatoria, por lo que es indicación de histerectomía. La simple dehiscencia de cicatriz segmentaria no es indicación de histerectomía, ya que en casos seleccionados puede ser reparada por una laparotomía exploradora, suturando de nuevo la dehiscencia. Por tal motivo en el momento de efectuar una cesárea se debe valorar el tipo de incisión a efectuar (8).

- c) Atonía uterina, frecuentemente se puede corregir mediante la aplicación de ocitocina, teniendo la seguridad de una cavidad limpia e íntegra, sin embargo, en raras ocasiones a pesar de estas medidas, resulta indispensable extirpar el útero (8).
- d) Acretismo placentario, se puede presentar en cualquier estado de la gestación, haciendo imperativo el acto quirúrgico, o sea la histerectomía (8).
- e) Sangrado por prolongación de comisuras, se debe de valorar el tipo óptimo de la incisión uterina, ya que -

en un segmento uterino inferior cónico o poco desarrollado, la prolongación lateral crea más problemas en relación a los vasos uterinos, ocasionando más hemorragia intraoperatoria (9).

- f) Trabajo de parto prolongado y cesárea previa, en el puerperio inmediato, la situación que con más frecuencia indica que se practique una histerectomía es el sangrado propiciado por desgarros de segmento en las aplicaciones de fórceps difíciles de reparar (8).

2. INFECCIONES. La frecuencia de morbilidad febril fluctúa entre 7 a 56%. En general la reintervención practicada es de tipo tardío. El empleo de antibióticos profilácticos ha hecho cada vez menor las complicaciones (8, 9):

- a) Amniotitis, previa al acto quirúrgico como consecuencia de una RPM, puede ser en unos casos detectable e iniciarse un manejo antimicrobiano, teniendo en un alto porcentaje un resultado satisfactorio, sin embargo, en otras ocasiones no se detecta y el embarazo no se resuelve inmediatamente, pudiendo ésto llevar a la muerte a la paciente por septicemia (8, 9).

3. LESIONES A ORGANOS VECINOS. Después de las hemorrá

gias perioperatorias y las infecciones, la lesión accidental de las vías urinarias, es la complicación más frecuentemente asociada con la cesárea (3,01%), teniendo como consecuencia fistulas véscico-vaginales y uretero-vaginales. Virtualmente en todos los casos que ocurren las lesiones a vejiga son en pacientes con cesárea previa con adherencia densa entre la pared posterior de la vejiga y el segmento uterino inferior (9).

4. SITUACIONES Y PRESENTACIONES. Hay casos en que puede estar justificada una incisión clásica como parte de una cesárea, por ejemplo en posición transversa con dorso posterior, presentación complicada, placenta previa anterior y varicocidades del segmento. Varios investigadores han observado hemorragia intraoperatoria consecutiva a la prolongación de incisión transversal en el utero hacia los vasos uterinos, motivo por el cual se prefiere la incisión baja en la línea media para la salida del lactante (9).

5. HISTERECTOMIA TOTAL Y SUBTOTAL. Estas variantes se efectuarán valorando cada caso en particular y su patología. La cesárea histerectomía es recomendada en aquellos casos de infección severa con producto viable, desgarros extensos como accidente de la cesárea, de difícil reparación o sangrado profuso e incontrolable. La histerectomía total con o sin

anexos está indicada en los siguientes casos:

- a) Cirujano hábil y experimentado.
- b) Medio hospitalario en el que se cuente con todo lo necesario.
- c) Que las condiciones de la paciente permitan prolongar el acto quirúrgico.

La histerectomía subtotal, es muy útil en los casos en los que no hay infección y que el estado de la paciente es grave, abreviando con este procedimiento el tiempo quirúrgico y principalmente evitando más sangrado que empeoraría las condiciones de la paciente, recomendada de acuerdo a la habilidad del cirujano y el medio en que se desenvuelve. Se ha visto en los casos de infección, gérmenes en el muñón cervical, de ahí la controversia de la histerectomía subtotal (8).

### HISTERECTOMIAS.

Es una las cirugías más complicadas en gineco-obstetricia, existiendo varios tipos: Histerectomía total con anexos, sin anexos, con un anexo, histerectomía subtotal, en bloque y cesárea histerectomía. Todas estas variantes se efectuarán de acuerdo a cada caso - en particular y a la patología; sus principales complicaciones:

1. SANGRADO, es la complicación más corriente y más grave - que puede presentarse tras una histerectomía, por fortuna las formas

muy copiosas no se producen con frecuencia; Gray reporta el 0.28% de sangrados y White el 2% (9).

- a) Sangrado de pared, esto se ha comentado en el párrafo correspondiente a las cesáreas.
- b) Sangrado de pedículos, es una de las principales complicaciones durante la cirugía secundaria frecuente--- mente del ligamento utero-ovárico, se reportó en un 6% según Barclay (9), requiriendo salpingoovariectomía unilateral para controlar la hemorragia. Por lo que es esencial que todos los pedículos sean claramente identificados para proceder después a pinzamiento y ligadura. Es importante también reducir al mínimo la cantidad de tejido incluido en cada pedículo, todos estos cuidados se recomiendan para disminuir estas complicaciones.
- c) Sangrado de Fascia, la hemostasia de la fascia pubo-vésicocervical es una parte muy importante en la histerectomía, ya que en ella existen muchos pequeños plexos venosos que proporcionan una circulación colateral a la base de la vejiga y del cuello uterino. Esta fascia constituye una parte de la aponeurósis endopelviana que rodea el cervix y que se une con los ligamen

tos cardinal y ancho y se extiende a la pared pelviana lateral. La mayor parte de estas hemorragias se vinculan con una técnica quirúrgica defectuosa o con dificultades técnicas durante su hemostasia (9).

- d) Sangrado de cúpula, una adecuada hemostasis de la cúpula vaginal asegurando una ligadura adecuada de las arterias y de las venas vaginales que surgen de los vasos hipogástricos disminuye frecuentemente la hemorragia postoperatoria, ya que en caso contrario daría lugar a la formación de hematomas, seguidamente infección y abscesos de cúpula, aumentando la morbilidad en estas pacientes (9).

2. INFECCIONES. la morbilidad infecciosa es la que se define como los casos en que se presenta una elevación térmica de hasta 38°C en los dos primeros días postoperatorios, la frecuencia varía entre 30 y 40% en histerectomías. En vista de que los antibióticos profilácticos presentan riesgo de inducir la formación de microorganismos resistentes, parece prudente utilizar estos agentes tan solo en casos de alto riesgo y para los períodos más cortos que sean necesarios (1,9).

- a) Hematoma infectado, ya se ha mencionado en los temas anteriores .



- b) Pío-salpinx, Pío-ovario, las infecciones por diversos gérmenes, así como hematoma residual post histerectomía puede dar como consecuencia una obstrucción inflamatoria en la trompa, especialmente en los extremos uterino y fimbriado, produciendo un pío-salpinx o - en caso extremo un pío-ovario, con consecuencias muy delicadas para la evolución de la paciente, pudiendo llegar hasta una peritonitis generalizada.

3. LESIONES A ORGANOS VECINOS. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, las lesiones a órganos vecinos son las más frecuentes después de las hemorragias e infecciones: en las histerectomías las más comunes son:

- a) Lesión de vejiga y ureteres, es más frecuente después de practicar la histerectomía radical por enfermedad maligna, sobre todo en pacientes previamente tratadas, pero sin embargo, puede presentarse en los tipos más sencillos de histerectomías, reportándose 3.01% de lesiones en vejiga y el 0.25% en los ureteres (9).
- b) Ligadura de ureteres, la ligadura de los ureteres puede ser ocasionada en: 1) al ligar el pedículo infundibulopélvico; 2) al ligar los vasos uterinos o al ligar ligamentos uterosacros. Por lo que pueden ser preveni-

das con atención adecuada a la técnica quirúrgica, -- abrir el peritoneo visceral e identificar el ureter a su paso por el ligamento ancho, ya que tal medida evitará su lesión y ligadura (9).

- c) Fístula vesico-vaginal, se origina como consecuencia de la lesión a vejiga durante el acto quirúrgico y no -- descubierta en el momento de la cirugía, presentándose se sin sintomatología varios días después de la cirugía su porcentaje se menciona en un 0.4% (9).
- d) Lesión de asa intestinal, en un porcentaje muy bajo -- ocurren las lesiones a asas intestinales, las cuales deben ser reparadas en el momento de la cirugía, ya que de lo contrario las complicaciones son más serias llegando a producirse hasta fístulas.
- e) Suboclusión y oclusión intestinal, la suboclusión intestinal puede producirse después de una histerectomía abdominal complicada o también en las vaginales. Se presenta como distensión abdominal y vómitos, siendo difícil de distinguir de una verdadera obstrucción intestinal, los Rx y la sondanazostrica nos dan el diagnóstico diferencial. La obstrucción intestinal es mucho-

más frecuente después de una histerectomía abdominal o en una vaginal al ligar un asa intestinal a la pared vaginal, presentándose náuseas, vómitos, distensión y ruidos intestinales de tono alto (en contraste con el ileo paralítico), en estos casos es necesario una laparotomía (9).

4. **PROLAPSO DE CÚPULA.** La razón que se produzca el prolapso de cúpula con mayor frecuencia después de una histerectomía abdominal y vaginal radica en el hecho de que un enterocele profundo pase inadvertido en el momento de la intervención, presentándose la sintomatología después de la cirugía (8, 9).
5. **COMPLICACIONES FEBRILES.** Son muy frecuentes posteriores a la histerectomía, siendo ocasionadas principalmente por:
  - a) Infección de vías urinarias (cistitis), posterior al cateterismo, suele ceder con antibióticos previos, urocultivo, así mismo, se puede producir pielitis, la cual puede resolverse con medicación y en caso contrario será necesario efectuar una pielografía intravenosa para descartar lesión operatoria de las vías urinarias (8, 9).

- b) Infecciones del aparato respiratorio. algunas pacientes se presentan con enfermedades pulmonares obstructivas, las cuales originan con frecuencia más elevada disrupción de la herida, motivo por el cual deben ser tratadas antes de ser operadas (9).

### LEGRADOS UTERINOS.

Al igual que las cesáreas es uno de los procedimientos más comunes en obstetricia y a igual que ésta sus complicaciones son múltiples, teniendo:

1. PERFORACION UTERINA. No es rara durante una dilatación o legrado, en general es fácil de reconocer, ya que el instrumento pasa sin dificultad más allá de lo que podría haberlo debido no haberse producido la perforación. Si el orificio es pequeño suele curar pronto sin complicaciones. La perforación producida por un aborto ilegal el desgarramiento puede ser grande y afectar a una porción vascular del útero e incluso al intestino o a la vejiga, estas pacientes suelen ingresar con datos de hemorragia grave o de peritonitis generalizada y en casos más graves estar enmascaradas por la peritonitis pelviana. La reintervención en estos casos no solo es necesaria, sino urgente para reparar la lesión intestinal y extraer el foco infeccioso.

2. **LESIONES.** A órganos vecinos (vejiga, asa intestinal, etc.) ya mencionada en los casos anteriores.
  
3. **EMBARAZO MOLAR.** Son causa de hemorragia profusa, la cual a pesar de las maniobras del legrado y aplicación de coagulantes tóxicos no es posible detener el sangrado, lo cual únicamente la extirpación del utero lleva a la resolución del problema, - siempre y cuando se hayan descartado otras causas de sangrado, como las discrasias sanguíneas (8).
  
4. **SANGRADO INCOHERCIBLE.** Como en el caso de una infección con sangrado severo hay que intervenir hasta el punto de efectuar una histerectomía como único recurso de cohibir el sangrado (8).
  
5. **ABORTO SEPTICO.** Es frecuente que este se infecte principalmente en las maniobras abortivas, datos que no es fácil de obtener de las pacientes. En estos casos se procede a efectuar un legrado uterino previa antibioticoterapia, mejorando las condiciones de las pacientes. En ocasiones se resuelve el problema, pero hay ocasiones en que el cuadro infeccioso prosigue, empeorando las condiciones generales con datos de pelviperitonitis, siendo necesario efectuar una histerectomía abdominal a corto plazo. En los casos en los cuales hay sig

nos de shock séptico se procede inmediatamente a la extirpación del foco infeccioso (8).

### OCLUSION TUBARIA.

Actualmente, las dos operaciones más populares para la esterilización son la minilaparatomía y la laparoscopia. En este párrafo se analizan las complicaciones por minilaparatomía, posteriormente se menciona las complicaciones por laparoscopia.

1. Igual que las complicaciones de las cirugías anteriores, las más frecuentes son:
  - a) Sangrado con hematoma de mesosalpinx e infundíbulo-pélvico, así como sangrado de pedículos.
  - b) Infecciones, piro-salpinx o salpingitis aguda.
  - c) Lesiones a órganos vecinos, como vejiga y asas intestinales, todas estas complicaciones son similares a las antes descritas en las cirugías anteriores (9). -- Uno de los errores poco frecuente sería la ligadura de los redondos en lugar que la trompa, esto es cuando se realiza apresuradamente, sin una buena exploración adecuada de la trompa.
2. **LAPAROSCOPIA.** Es un excelente medio de diagnóstico en-

la paciente con dolor pelviano agudo o crónico, para completar estudio de esterilidad o para efectuar una oclusión tubaria bilateral, requiere poco tiempo operatorio y la paciente se reintegra rápidamente a sus actividades, únicamente que se necesita de un equipo complicado y caro (9). Como en todas las técnicas quirúrgicas, suele haber complicaciones, siendo aproximadamente del 1%, entre ellas tenemos:

a) Perforación uterina, al utilizar instrumentos para la manipulación uterina suele ocurrir perforación del útero, siendo necesario si el sangrado es profuso, efectuar una laparatomía para sutura de la lesión.

b) Hemorragia, se produce esencialmente en dos lugares: la pared abdominal anterior y el mesosalpinx. La hemorragia de la pared anterior es de escasa importancia, ya que si desarrolla un pequeño hematoma incisional, lo mejor es tratarlo de manera conservadora, raras veces requiere de practicar una incisión y drenaje.

La hemorragia del mesosalpinx tiene una frecuencia de 6.5 a 7.5% y es debida a una electrocoagulación insuficiente o se tomó un trozo grande de mesosalpinx que produjo la hemorragia.

- c) Lesión del tracto gastrointestinal, constituye la lesión más grave de la laparoscopia. Cuando se efectúa electrocoagulación la frecuencia es de 0.19%, el sitio de la lesión generalmente es el ileón terminal, aún que se han comunicado lesiones a colon transverso y rectosigmoides. En ocasiones también se puede causar lesión en el estómago por el trocar en el momento de introducirlo, el tratamiento requiere de laparotomía con reparación de la porción dañada del tracto digestivo (9).
- d) Lesiones vasculares, la inserción del trocar en la aorta, vena cava o bien la arterial o la vena ilíaca común pueden causar lesiones importantes (1%) requiriendo de una laparotomía inmediata para reparar el daño causado.
- e) Infección en la herida, son rara, lo mejor es tratarlo con compresas calientes y las medidas conservadoras clásicas.
- f) Infecciones pelvianas, estas ocurren en un 0.1 a un 0. En su mayoría pueden controlarse con antibióticos, pero en ciertos raros casos, se desarrolla un absceso tuboovárico, que requiere de cirugía (9).



CONCLUSIONES.

1. Las re-intervenciones en Gineco-Obstetricia continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mujer.
2. En nuestro medio, la edad promedio de estas complicaciones fluctuó entre la tercera década, ya que constituye la de mayor reproductividad en la mujer.
3. Las causas etiológicas más frecuentes fueron las cesáreas, ya que son las cirugías más frecuentes efectuadas en nuestro Hospital.
4. La mayoría de los casos presentados únicamente ameritaron una sola re-intervención.
5. La mortalidad continúa siendo alta.
6. La mayoría de estas re-intervenciones son secundarias a un error quirúrgico, el cual puede ser evitado con una mejor técnica operatoria.
7. Creemos que en un tiempo no lejano el éxito en el tratamiento de estas complicaciones aumentará.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Conolly, W.B.; Hunt, T.K., and Dunphy, J.E.: Management of contaminated surgical wounds. Surg. Gynecol. Obstet. -- 129:593, 1969.
2. Guiney, E.J.; Morris, P.J. and Donaldson, C.A.: Wound dehiscence. Arch. Surg. vol. 92:47, 1966.
3. Higgins, G.A.; Antkowiak, J.G. and Esterkyn, S.E.: A clinical and laboratory study of abdominal wound closure and dehiscence. Arch. Surg. vol. 98:421, 1969.
4. Hunt, T.K.; Zederfeldt, B. and Golastick, T.K.: Oxygen and healing: Am. J. Surg. vol. 118:521, 1969.
5. Mann, L.S.; Spinazzola, A.J.; Lindesmith, G. G. and Kuczerapaw : Disruption of abdominal wound. J.A.M.A. 180:1021, - 1962.
6. Maccallum, G.T.; Link, R.F.: The effect of closure techniques on abdominal disruption. Surg. Gynecol. Obst. 1964.
7. Perry, J.: A clinical study of catgut in relation to abdominal wound disruption: Surg. Gynecol. and Obstet. 64:648, 1967.
8. Oseguera, P.J.F.: VI Jornada Médica. HGO. # 3. 618:08, 159.
9. Park, R.C., Duff, P.: Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna. Clínicas Obstet. y Ginecol. 2: 1980.