

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL ESPAÑOL

79
2EJ

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
REVISION DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL
ESPAÑOL DE LA CIUDAD DE MEXICO

TRABAJO REGLAMENTARIO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEDICO QUE LO PRESENTA:

DRA. MARIA AUXILIO JARAMILLO FABIAN



MEXICO, D. F.

1995



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.



112179
79
LEJ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL ESPAÑOL

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
REVISION DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL
ESPAÑOL DE LA CIUDAD DE MEXICO

TRABAJO REGLAMENTARIO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
MEDICO QUE LO PRESENTA:
DRA. MARIA AUXILIO JARAMILLO FABIAN

MEXICO, D. F.

1995

A MIS PADRES:

DR. DANIEL JARAMILLO SALAS

MARIA AUXILIO FABIAN DE JARAMILLO

CON TODO MI AMOR Y AGRADECIMIENTO

AL DR. ENRIQUE GUTIERREZ MURILLO

POR SU SABIO CONSEJO, GUIA Y APO-

YO INCONDICIONAL

A MIS MAESTROS

POR CONTRIBUIR A MI

VALIOSA FORMACION

I N D I C E

	<u>Pag.</u>
1.- Introducción -----	1
2.- Historia de la histerectomía -----	5
3.- Clasificación de la histerectomía-----	9
4.- Indicaciones quirúrgicas de la histerectomía total abdominal -----	11
5.- Técnicas quirúrgicas de la histerectomía abdominal -----	16
6.- Figuras de los principales pasos de la histerectomía total abdominal -----	32
7.- Ventajas de la histerectomía total abdominal -----	47
8.- Complicaciones de la histerectomía total abdominal -----	48
9.-Objetivos del trabajo -----	58
10.-Material y métodos: Estudio clínico -----	59
11.-Antecedentes de las pacientes histerectomizadas -----	59
12.-Indicaciones de la histerectomía abdominal -----	65
13.-Técnicas quirúrgicas utilizadas en las histerectomías revisadas -----	67
14.-Conservación o extirpación de anexos en las histerectomías -----	69

	<u>Pag.</u>
15.- Morbilidad postoperatoria -----	71
16.- Resultados anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas histerectomizadas -----	74
17.- Estado de las pacientes posthiste- rectomizadas -----	75
18.- Síndrome climaterico post-histerectomía -----	76
19.- Conclusiones -----	77
20.- Comentario -----	81
21.- Bibliografía -----	83

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

I N T R O D U C C I O N

Dentro de una especialidad tan importante, amplia y apasionante como es la Ginecología y la Obstetricia encontramos una intervención quirúrgica de suma importancia que es la HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL, la que requiere gran atención por el médico gineco-obstetra ya que la constante y rápida evolución de la medicina en general y el importante progreso alcanzado por la cirugía en las últimas décadas de nuestro siglo - así como la impresionante transformación que ha sufrido la gineco-obstetricia moderna ha originado cambios trascendentes - en los conceptos, criterios métodos y técnicas aplicables en la cirugía ginecológica (1).

Así, tenemos que la histerectomía total abdominal, considerada una operación mayor dentro de la cirugía ginecológica, sigue siendo un elemento de primer orden en la terapéutica ginecológica, pues muchas de las antiguas indicaciones quirúrgicas persisten y otras han surgido o se han multiplicado debido al mejor conocimiento de algunos padecimientos o a la mayor frecuencia con que se presentan ahora en que el promedio de vida se ha elevado considerablemente (2).

Es importante tomar en cuenta lo que señalaba acertadamente Brunschwig (3), que la experiencia obtenida en los años de integración gineco-obstétrica demuestra que la cirugía ginecológica moderna es un amplio campo de cirugía - mayor especializado que exige profundos conocimientos y serio entrenamiento para poder realizar adecuadamente una operación tan seria como es la histerectomía total abdominal.

Sabemos que los resultados de esta intervención quirúrgica dependen de su indicación precisa, de su práctica correcta del manejo pre, trans y postoperatorio y de los riesgos de dicha operación como son infección, pérdida sanguínea, lesiones de órganos y otras complicaciones que siguen dependiendo del tiempo empleado en la operación y de la calidad de la técnica quirúrgica(2).

En la histerectomía total abdominal es indispensable - ahorrar tiempo, evitar tiempos perdidos, hacer correcta hemostasia, seleccionar cuidadosa y fundadamente el método - quirúrgico a emplear, usar técnica precisa y saber resolver las complicaciones y contingencias que se presentaen. Para ello es indispensable:

- 1) Conocer y evaluar adecuadamente el problema patológico - de la paciente.

- 2) Tener criterio formado para hacer correctas indicaciones-quirúrgicas.
- 3) Tener conocimientos previos de anatomía quirúrgica de la pelvis y áreas adyacentes.
- 4) Tener conocimientos amplios de fisiología y anatomía patológica del aparato genital femenino. En particular, el cirujano ginecológico debe tener vasta experiencia en patología macroscópica y saber interpretar los reportes de los estudios microscópicos transoperatorios, cada vez más usados con grandes ventajas. El criostato pone a su disposición estudios transoperatorios precisos en corto tiempo, que son de valor incalculable para normar sus decisiones.
- 5) Entrenamiento adecuado en cirugía ginecológica (1,4).

Es bueno saber que en la actualidad se abusa de la histerectomía, en algunos medios como en los Estados Unidos donde basta que una mujer tenga tres hijos y algunos síntomas o alteraciones patológicas para proponerle una histerectomía dando como razón el hacer profilaxis del cáncer uterino. Creemos que esta operación, como cualquier otra, requiere indicaciones precisas que la justifiquen (1).

La histerectomía es una operación importante que pone fin a la función reproductora de la paciente y frecuentemente deja en ella una sensación de mutilación y aún de castración, con-

serias consecuencias emocionales y afectivas.

En la actualidad al plantear una histerectomía no debe tomarse sólo en cuenta el problema de extirpar el útero sino también de resolver los demás problemas que la paciente tenga en ese momento, los cuales pueden requerir, según el caso la reparación del perineo, corrección de un rectocele o cistocele, el tratamiento de una incontinencia urinaria. Hoy por hoy no es admisible intervenir una paciente para extirparle el útero dejándole otros problemas de su aparato genital tratables quirúrgicamente sin corrección adecuada (1,2).

Con este criterio vamos a estudiar un hermoso tema de la cirugía ginecológica, como es la histerectomía total abdominal.

HISTORIA DE LA HISTERECTOMIA

La ginecología, al comienzo del siglo XIX no había avanzado tanto como la obstetricia. Las enfermas ginecológicas no habían adquirido plena independencia y se estudiaban englobadas dentro de las enfermedades del organismo femenino (5).

El triunfo del localicismo en años posteriores contribuyó extraordinariamente a la mejoría del conocimiento de la patología de los órganos genitales femeninos. Donde jugó papel importante el conocimiento de la anatomía patológica macroscópica y microscópica, tanto en cadáveres como en vivo a través de biopsias y piezas operatorias (7).

En cuanto a las operaciones ginecológicas estaban muy limitadas hasta la centuria anterior y eran efectuadas exclusivamente por vía externa; las intervenciones quirúrgicas ginecológicas van a ser ampliadas, al abrirse una nueva posibilidad de acceso, la vía abdominal que permita crear prácticamente de la nada una especialidad tan importante como la ginecología, en algunos países como rama de la cirugía general en otros con plena individualidad.

F. B. Oslander es el primero en emprender de una manera sistemática la amputación del cuello uterino canceroso en 1801 (5,8).

En cuanto a la histerectomía total, también por vía vaginal, practicada sin gran rigor desde el renacimiento y sobre todo en el siglo XVIII, se utiliza por vez primera en caso de cáncer y realiza la histerectomía el italiano G.B. Palletta en 1812 sin tener un éxito absoluto; posteriormente Langenbeck efectúa otra en 1813 con pleno éxito. Durante algún tiempo la intervención gozó de partidarios y retractores (7,5).

J.M. Sauter (5) en 1822, realizó otra histerectomía de un útero no prolapsado y publica un pequeño libro que dedica y es llamado de la siguiente forma "Al médico operador que ha estado y está todavía interesado en la histerectomía, a Ossian der y las mujeres por su heroísmo".

Ante los malos resultados que se obtienen puede decirse que desde 1830 hasta 1878 la histerectomía vaginal es prácticamente abandonada en el tratamiento del cáncer efectuándose solo en casos aislados, casi todos con prolapso (6).

Con el progreso de las técnicas quirúrgicas no faltaron intentos de extirpación de cánceres de cuello uterino por vía abdominal. En 1810 (5) la Academia Médico Quirúrgica Imperial de Viena organizó un concurso para premiar el trabajo que describiese la mejor técnica de la histerectomía total.

En 1825 Langenbeck (8) operó un caso de útero carcinomatoso no prolapsado por vía abdominal, con muy poco éxito.

En la segunda mitad del siglo la operación ginecológica sufre un extraordinario desarrollo en sus técnicas a las que contribuyen la anestesia y la antisepsia (5).

Birnbaum en 1853 (5) parece ser el primero que con el diagnóstico de miomatosis uterina practicó la extirpación parcial del útero por laparotomía y G Kimball en 1855 realiza la histerec-tomía y mejora la técnica E Köberle en 1863.

Las primeras tentativas de histerec-tomía subtotal se hicieron dejando el muñón del cuello en forma intraperitoneal posteriormente van perfeccionando la técnica Kaker Brown, E Koberle, J-Pean (6).

Hegar en 1876 practica una cuidadosa sutura del muñón y lo une a la pared abdominal dejándolo en forma extraperitoneal.

El tratamiento quirúrgico por histerec-tomía por algún tiempo - da tan malos resultados que la operación queda totalmente abandonada hasta que W.A. Freund en Breslau realiza en enero de 1878 la primera histerec-tomía total abdominal por cáncer de cuello-de útero metódicamente y con técnica razonable, sobreviviendo-la paciente sin ninguna complicación (5,9).

En agosto del mismo año Czery ejecuta la primera histerec-tomía vaginal de los tiempos modernos con buen resultado(5).

En la misma época que nos estamos refiriendo, en México - la enseñanza de la ginecología, rama que en esta etapa era emi

nenalmente quirúrgica estuvo muy vinculada con la de la cirugía y apenas existen indicios muy aislados de que se le haya relacionado con la de la obstetricia (6).

A principios de 1888 se creó la cátedra de Ginecología en la Escuela Nacional de Medicina y el primer profesor que la impartió fue el Dr. Nicolas San Juan que es considerado el fundador y primer médico dedicado por entero y exclusivamente a la Ginecología; él fue el que realizó la primera histerectomía vaginal en México el 6 de septiembre de 1877 (6,8,7).

Es interesante señalar que las grandes operaciones abdominales fueron iniciadas en México durante el año de 1865, entre otros, por el Dr. Julio Clement, quien practicó la primera ovariectomía seguida después por los doctores Juan F. Fenelón en 1865 y Rafael Lavista en 1869; este último practicó, además la primera histerectomía abdominal el 22 de marzo 1878 y de aquí en adelante siguió desarrollándose la histerectomía abdominal en cuanto indicaciones, técnicas quirúrgicas con mayores beneficios según el caso de cada paciente, sus contraindicaciones o riesgos beneficios y complicaciones hasta llegar a la época que actualmente estamos viviendo (6,7,8).

CLASIFICACION DE LAS HISTERECTOMIAS

En ginecología existen 2 grandes tipos de histerectomía:

- a) La histerectomía vaginal
- b) La histerectomía abdominal

Dentro de estas histerectomías encontramos varias divisiones que son las siguientes: (1)

ABDOMINALES

Simple:

- a) Total: que es la más comunmente utilizada dentro de las abdominales, de ellas existen dos tipos de técnicas:

- *La histerectomía clásica o extrafascial

- *La histerectomía intrafascial: que la propuso por primera vez el Dr. Alfonso Alvarez Bravo en 1945 y desde este momento se aplicó y continuó su uso en el Hospital Español y en numerosos hospitales (1,2,11).

- b) Subtotal: Actualmente en desuso.

- c) Fundica

- d) Segmentaria

Ampliadas:

- a) Con salpingooforectomia unilateral o bilateral.

- b) Con extirpación de un rodete de vagina (Te Linde)

Radicales:

- a) Wertheim

- b) Wertheim-Taussig (con linfadenectomia)

Ultrarradicales:

- a) Con evisceración pélvica anterior, que incluye útero y vejiga.
- b) Con evisceración pélvica posterior que incluye útero y recto.
- c) Con evisceración pélvica total que incluye útero, vejiga y -
recto.

VAGINALES

Totales:

- a) Simples
- b) Con corrección de cistocele o enterocele
"Reconstructiva"

Parcial:

- a) Operación de Spalding-Richardson

Laparoscópicas:

- a) Operación "Cash" (Laparoscopia de Semm)
- b) Histerectomía vaginal "asistida" por laparoscopia

INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE LA
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

Es importante hacer notar que la histerectomía total - abdominal es una de las operaciones ginecológicas más practicadas, en el mundo occidental. En los Estados Unidos (14), por ejemplo, representa la segunda operación más realizada después de la cesárea, y aunque en otros países como Suecia, Inglaterra, Holanda y países sudamericanos es muy variable esta cifra, esto es debido a diferentes factores como los siguientes:

- 1) Características patológicas de los pacientes.
- 2) Recursos médicos con los que se cuentan en cada área geográfica.
- 3) Actitud profesional del médico según el problema del caso.
- 4) Recursos médicos y económicos del lugar.
- 5) El uso de nuevas técnicas quirúrgicas en la histerectomía (14,15).

Dentro de las principales indicaciones de la histerectomía tenemos:

- Miomatosis uterina
- Sangrado uterino disfuncional
- Prolapsos genitales
- Endometriosis
- Adenomiosis

- Dolor pélvico crónico
 - Enfermedad inflamatoria pélvica
 - Hiperplasia endometrial
 - Neoplasia cervical intraepitelial
 - Cáncer uterino invasor
 - Otros cánceres por ejemplo el de trompa, ovario o metastásicos.
- Analizando en forma breve estas indicaciones encontramos lo que sigue:

1) MIOMATOSIS UTERINA

Constituye aproximadamente el 30% de las causas de histerec-
tomía (15,17), los síntomas que se presentan frecuentemente-
cuando hay miomatosis uterina y que llevan a la decisión qui-
rúrgica son: sangrado excesivo, dolor pélvico o síntomas re-
lacionados con la compresión de órganos vecinos, aunque es -
importante señalar que muchas veces se realiza la histerecto-
mía por miomatosis uterina estando las pacientes asintomáti-
cas, argumentando una profilaxis de problemas posteriores, -
lo cual debe ser evitado, salvo que los fibroleiomiomas sean
grandes, en cuyo caso está indicada aunque sean asintomáticos,
ya que posteriormente pueden causar problemas vasculares.

2) SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL

Representa el 20% de las causas de histerectomía (16,17).
Para tomar la decisión de la operación por este motivo se -

deben excluir los problemas de sangrado debido a leiomiomas, pólipos, neoplasia endometrial o cervical, embarazo complicado, infección pélvica, endometritis, endometriosis, coagulopatías o bien aquel sangrado repetitivo o crónico que no cede al tratamiento médico.

3) PROLAPSO GENITAL

Es la causa del 15% de las histerectomías (15,16,17), aquí se incluye el prolapso uterino, cistourethrocele, enterocele y rectocele, que causan síntomas muy molestos, como son presión pélvica, incontinencia urinaria, ulceraciones o irritaciones de los tejidos mucosos exteriorizados etc.

4) ENDOMETRIOSIS Y ADENOMIOSIS

En años recientes se ha incrementado el número de histerectomías realizadas por causa de endometriosis; el porcentaje aproximado es del 20% (14,15,17), esto se ve sobre todo en la endometriosis asociada a dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, sangrados irregulares que no ceden con tratamiento médico, y sobre todo cuando todos estos síntomas se hacen progresivos.

Por otra parte, la adenomiosis puede causar aumento del volumen uterino sin alterar la forma del órgano, menorragias y dismenorrea progresivos que no ceden al tratamiento médico y que también pueden ser motivo para realizar la histerectomía.

5) DOLOR PELVICO CRONICO

Es causa de indicación de histerectomía en el 10%, es importante señalar que previa a esta decisión se debe hacer una evaluación ginecológica cuidadosa que incluye, un examen pélvico, laparoscópico y ultrasonográfico, así como también se deben de buscar otras causas extragenitales como son las gastrointestinales, las urinarias y las musculoesqueléticas que frecuentemente son causas de dolor.

Se considera que el dolor pélvico crónico refractario a terapia conservadora puede ser indicación de histerectomía aunque hay que tomar en cuenta, que la frecuencia de la persistencia del dolor pélvico después de la histerectomía es reportado en el 22% de los casos (18).

6) HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Representa el 6% de las causas de histerectomía aproximadamente. La mayoría de las hiperplasias sin atipias tienen muy poco riesgo de progresión al carcinoma endometrial, es del 1% para la simple y el 3% para la mixta. Por esto se considera indicación de histerectomía a la presencia de hiperplasia endometrial atípica.

7) NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL, CANCER UTERINO INVASOR Y OTROS CANCERES

La neoplasia cervical intraepitelial clase I, II y III se tra-

tan conservadoramente, solo la clase III, cuando la lesión no puede ser extirpada completamente por conización el tratamiento definitivo es la histerectomía. Así como también lo es en el caso de carcinoma cervical invasor, el adenocarcinoma de endometrio, sarcoma uterino, en cáncer de ovario y trompas de Falopio (14,16).

Se puede concluir que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico que en la mayoría de los casos es realizado para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las pacientes, por lo cual las alternativas de tratamiento en cada una de ellas deben ser consideradas cuidadosamente (14).

TECNICAS QUIRURGICAS DE LA HISTERECTOMIA

ABDOMINAL

La histerectomía total abdominal es la extirpación completa del útero a través de una laparotomía, en esta se pueden conservar o extirpar los anexos según se considere necesario. Es importante hacer hincapié en que es conveniente extirpar siempre el cuello uterino para eliminar patología actual o futura, motivo por el cual actualmente es excepcional que el ginecólogo moderno realice una histerectomía subtotal (11,19).

Para llevar a cabo la histerectomía total abdominal se han descrito muy diversas técnicas quirúrgicas como son las de: Doven, Kelly, Freund, Bonney, Heany, Werrai, Danforth, Richardson, Shaw, Te Linde (21,22,23,24), y no hay duda que para cada cirujano la mejor técnica es la que él domina.

Una buena técnica quirúrgica de histerectomía debe de reunir las condiciones siguientes (11):

- 1) Ser técnicamente tan simple como sea posible.
- 2) Conservar la irrigación sanguínea del muñon vaginal, lesionar al mínimo estructuras vecinas a él y dejar una cúpula vaginal amplia para evitar la dispareunia.
- 3) Proporcionar protección contra heridas de la vejiga, los ureteres y el recto.
- 4) Asegurar un buen soporte del muñon vaginal y dejar la vagina de buena longitud y elasticidad.

5) Se una técnica fácilmente reproducible, es decir fácil de enseñar y de aprender (11).

Con respecto a los tipos de técnicas quirúrgicas de la histerectomía total abdominal existen varias pero algunas de ellas han quedado en desuso por considerarlas antianatómicas, antifuncionales o bien porque después de algún tiempo de su realización pueden provocar algún tipo de patología severa en la paciente.

Dentro de las técnicas quirúrgicas es de interés mencionar la "histerectomía total abdominal de Richardson" que la propuso desde el año de 1929 en Estados Unidos y que en forma simultánea fué descrita por otros autores como Aldridge, Meredith, Bonney, Heany, Shaw, Te Linde (25,26,27). A continuación se describe esta técnica:

TECNICA DE RICHARDSON

- 1) Realizar limpieza de la vagina y del cuello uterino, con solución antiséptica, después suturar el cuello uterino y dejar una gasa de taponamiento en vagina sostenida con una pinza, para en el momento de abrir la cavidad abdominal se pueda observar dicha gasa por abdomen.
- 2) Se realiza una incisión media longitudinal de la piel abdominal, que va del ombligo al pubis.

- 3) Se incide por planos hasta llegar a la cavidad abdominal, y en posición de Tendelenburg se introducen compresas húmedas en la cavidad abdominal, para rechazar las asas de intestino.
- 4) Tener cuidado de no comprimir el útero con instrumentos o las manos, hasta que se ligen los troncos vasculares de los dos sistemas ováricos y los dos sistemas uterinos.
- 5) Practicar una incisión transversal arciforme en el peritoneo vesicouterino, que vaya del ligamento redondo derecho a a el ligamento redondo izquierdo.
- 6) En cada ángulo del ligamento redondo, por debajo del mismo, se introduce el dedo despegando el tejido laxo periuterino, donde terminan los ligamentos redondos en el útero y por debajo de la inserción de las trompas de Falopio y ligamentos útero-ováricos.
- 7) Al agrandar la disección antes mencionada, se pinzan con dos pinzas de Heaney los tres pedículos anteriores, se se cortan y se ligan.
- 8) Se levanta el útero y se procede a pinzar, cortar y ligar las arterias uterinas, aplicando dos pinzas de Heaney perpendiculares al borde uterino a nivel del istmo, cortando entre las dos y ligando con catgt crómico del no. 1.
- 9) Por medio de disección roma se separan a cada lado los vasos uterinos seccionando desde el cuello uterino hasta don

de emergen por encima del ligamento ancho.

- 10) Liberar la vejiga hacia abajo hasta el hocico de tenca.
- 11) Se realiza una incisión en la cara anterior del cuello, en forma de "T" invertida, practicando la incisión transversal por abajo del hocico de tenca, prolongando el corte vertical hacia arriba, pasando por el centro del cuello uterino, separando a continuación con el dedo índice la fascia y los vasos.
- 12) Hacer tracción fuerte del útero hacia arriba, para realizar una incisión transversal transversal a través del pliegue del peritoneo posterior a un centímetro por arriba de la inserción de los ligamentos útero-sacos.
- 13) Introducir el dedo índice por delante y atrás para confirmar que se liberaron bien el recto y la vejiga.
- 14) Pinzar, seccionar y ligar, los ligamentos útero-sacos en su inserción al cuello uterino.
- 15) Pinzar y ligar a cada lado el segmento grueso que se haya en la base del ligamento ancho, y que corresponde al ligamento cardinal de Mackenrodt, en donde va el plexo vascular implicado en la nutrición del útero, y si el cuello uterino es muy elongado, repetir el pinzamiento y volver a cortar y ligar.
- 16) Queda así entonces expuesta la bóveda vaginal, retirándose a continuación la gasa por abajo, que previamente se había colocado en la vagina, al iniciar la intervención.

- 17) Cortar la vagina, iniciando en la parte posterior en forma circular, sin tocar el cuello uterino, y referir con cuatro pinzas la vagina. Richardson sin embargo, recomendaba iniciar el corte por el lado anterior, que siempre es más corto que el fondo de saco posterior, y por tanto el posterior es más fácil de abordar.
- 18) Suturar los ángulos de la vagina a los muñones correspondientes de la porción basal del ligamento ancho, con sutura de colchonero.
- 19) Suturar a cada lado de la bóveda vaginal, a los muñones de los ligamentos redondos y útero-ováricos.
- 20) Suturar el peritoneo.
- 21) Después se cierra la cavidad abdominal por planos, como habitualmente se hace.
- 22) Hay que señalar que en esta técnica de Richardson se deja abierta la cúpula vaginal, con drenaje subperitoneal.

Después de haber descrito esta técnica es conveniente es conveniente hacer unas consideraciones que se deben tener en cuenta al realizar una histerectomía.

La histerectomía total puede o no acompañarse de anexectomía unilateral o bilateral. Por lo general esta se incluye en la histerectomía total. La escuela norteamericana considera este método como profiláctico de las neoplasias del cuello uterino (28,31,32). Pero se debe tomar en cuenta la edad de la paciente y la naturaleza de la lesión quedando al criterio

del cirujano el decidir la amplitud de la intervención.

Estudios recientes han demostrado una alta frecuencia de transformación quística de las gónadas, que se tornan dolorosas y en algunas enfermas es necesario practicar una nueva operación (15).

Gracias al progreso de la endocrinología femenina, puede combatirse fácilmente los transtornos causados por la castración quirúrgica. Sin embargo, pueden presentar alteraciones si no han sido convenientemente preparadas por su médico.

Las discutibles modificaciones del carácter de causa psicossomática, originadas por esta cirugía mutilante, podran prevenirse con una buena orientación por parte de su médico tratante(34).

De acuerdo a las condiciones de los órganos genitales, resultan muchas situaciones que ameritan una táctica determinada, y por tanto, técnicas muy diversas a las planteadas inicialmente. El cirujano optará entonces por la mejor vía de acceso, los planos de separación y la forma de realizar la hemostasia etc.

El aspecto macróscopico de los tumores uterinos o utero-anexiales, unido a la experiencia del cirujano determinan la conducta quirúrgica adecuada en cada caso (12,35). No siempre sucede que la lesión esté localizada únicamente en el útero y loa anexos. Los órganos vecinos, ya sean digestivos (representados por el recto, el sigmiodes, el intestino delgado, el colon, el apéndice y el epiplón), o pertenecientes al -

sistema urinario (vejiga y ureteros) podran participar en la totalidad de la lesión genital. Esto exige un conocimiento quirúrgico perfecto de estos órganos limetrofes.

No se concibe una buena formación quirúrgica ginecológica sin los conocimientos de la cirugía visceral pélvica. En consecuencia, la cirugía pélvica, dada la disposición anatómica de los órganos que ocupan esta región, constituye para el ginecólogo una área cuyo dominio le es indispensable (35,36). Algunas veces, el cirujano tendra que extirpar uno o más nodulos miomatosos, que dificultan la histerectomía clásica. Cuando los miomas son intraligamentarios, es decir estan situados entre las dos hojas posteriores del ligamento ancho, será necesario el máximo cuidado para conservar los ureteros. Cumpliendo con estos principios generales el cirujano estará cubriendo las sorpresas desagradables, al proponer ciertas intervenciones (36,37).

Dentro de las diversas técnicas quirúrgicas de la histerectomía existen dos técnicas fundamentales: la extrafascial y la intrafascial las cuales se describiran a continuación (21,23,36).

TECNICA DE LA HISTERECTOMIA

EXTRAFASCIAL

- 1) Se realiza una laparotomía mediante una incisión transversal en abdomen o bien una incisión media infraumbilical. La incisión no debe ser demasiado pequeña porque obstaculiza la exploración correcta de la cavidad abdominal.
- 2) Se incide por planos hasta llegar a la cavidad abdominal y se hace exploración cuidadosa de los órganos pélvicos y abdominales incluyendo hígado, bazo, pancreas, riñones e intestino.
- 3) Se separan las asas intestinales de la pelvis, separandolas, manteniendolas con el meso-sigmoides y compresas de gasa húmeda.
- 4) Se toma el útero por la base de los anexos y el ligamento mediante unas pinzas potentes aplicadas paralelamente al borde, y se tracciona hacia adelante hasta que se tensen, el ligamento redondo y los anexos (23), otros autores prefieren para la movilización del útero colocar en el fondouterino unas pinzas de garfio, un histerolabo, o bien un punto en "X" o en "Z".
- 5) Se tracciona el útero hacia uno de los lados y se pinza, corta y liga el ligamento redondo a 1-2 cm del borde uterino.

- 6) Si se decide extirpar el anexo, se aplican dos ligaduras - en el ligamento infundibuli-pélvico y se secciona entre ellas. Si se va a conservar el anexo, después de seccionar el ligamento redondo y separar las hojas del ligamento ancho se procede a hacer la ligadura conjunta en un solo - bloque del ligamento útero-ovárico y la trompa de ese lado. El proceso se repite del lado contrario.
- 7) Luego se separa la vejiga de la pared anterior del útero - como se indica en la técnica de Richardson.
- 8) Se aíslan los vasos uterinos, se liberan con torunda bajando el tejido que los cubre y se pinzan perpendicularmente - al borde del útero con pinzas de Heaney y se cortan y ligan, se hace lo mismo del lado contrario.
- 9) El siguiente paso es el aislamiento de los parametrios, se levanta el útero hacia adelante para tensar los ligamentos úterosacros, una vez localizados, se pinzan, cortan y ligan.
- 10) Una vez ligados los dos parametrios, se abre la vagina empezando por la cara posterior, y después la cara anterior.
- 11) La abertura vaginal, fijada a ambos lados mediante las pinzas se desinfecta con solución yodada.
- 12) Se hace el cierre de la vagina, uniendo la pared anterior a la posterior con una serie de puntos en "Z" u otros prefieren dos puntos separados en los extremos, con un surgete anclado en el resto del trayecto.

- 13) A continuación se cierra el peritoneo visceral por encima del muñon vaginal por medio de una sutura continúa atraumática.
- 14) Con media sutura en bolsa de tabaco, se unen la hoja posterior del ligamento ancho, el ligamento propio del ovario, la trompa, y el peritoneo pélvico lateral, con este procedimiento, al anudar los muñones los anexos quedan situados extraperitonealmente. Se debe procurar de ser posible, que los ovarios permanezcan en su situación normal en la pared lateral de la pelvis.
- 15) Las hojas peritoneales de la pelvis, se unen mediante una sutura continúa de tipo Lembert. Se puede intentar suturar el ligamento redondo al ligamento útero-sacro, para fijar de este modo el muñon vaginal. En el otro lado se introducen de nuevo los muñones de los anexos mediante una sutura en bolsa de tabaco. Con ello se termina el cierre peritoneal y finaliza la histerectomía.
- 16) Finalmente se cierra la cavidad abdominal por planos hasta la piel en la forma habitual.

TECNICA DE LA HISTERECTOMIA
INTRAFASCIAL

En 1945 el Dr. Alfonso Alvarez Bravo (1,2,11), propuso - esta técnica de histerectomía que desde entonces se realiza - en el servicio de ginecología del Hospital Español de México, con magníficos resultados.

La base de esta técnica es el tratamiento de los ligamentos - úterosacros y de Mackenrodt por dentro de la fascia útero-vaginal, es decir, es una técnica intrafascial, cuyos tiempos - quirúrgicos son como siguen:

- 1) La noche previa a la operación se prepara el abdomen, la - vulva y la vagina como para cualquier otra laparotomía gi- necológica. Además el recto debe vaciarse. con enema.
- 2) En la sala de operaciones y una vez anestesiada la paciente, se hace un nuevo examen pélvico a fin de confirmar la indica- ción de la histerectomía y las particularidades del caso.
- 3) Se lava la vagina generosamente con agua y jabón y se embro- ca con una tintura antiséptica.
- 4) Se cateteriza la vejiga a fin de vaciarla y se deja sonda - vesical abierta durante la operación.
- 5) En casos de útero muy voluminoso y cuando hay una cicatriz- de laparotomía longitudinal previa, se hace incisión longi-

tudinal. En todos los demás casos se prefiere hacer una laparotomía, curva suprapúbica, transversal alterna hecha por disociación de planos (incisión de Pfannestiel modificada por Rodríguez López).

- 6) Abierto el abdomen se introduce en él, la mano izquierda para explorar la cavidad abdominal particularmente en relación con el estado del hígado, de la vesícula biliar, las capsulas suprarrenales, los riñones, el ciego y el apéndice.
- 7) Se expone el campo quirúrgico pélvico por medio de un separador y de compresas húmedas para aislar las asas intestinales.
- 8) Se explora cuidadosamente el útero y sus anexos a fin de decidir el tipo de operación a practicar.
- 9) Se inicia la operación por los pedículos altos. Si se decide de extirpar el anexo, se aplican empleando la aguja de De^gchamps, dos ligaduras al ligamento infundíbulo-pélvico y se secciona entre ellas. A continuación se liga y se secciona primero el ligamento redondo. Si va a conservarse el anexo se prefiere, ligar y seccionar primero el ligamento redondo, separar las hojas del ligamento ancho y proceder después a la ligadura conjunta, en un solo bloque del ligamento útero-ovárico y trompa de ese lado.
- 10) Para manejar el útero durante la operación, en vez de usar pinzas o histerolabo, se emplea un punto de tracción de cat

- gut aplicado al fondo uterino.
- 11) Una vez seccionados los pedículos de los anexos y ligamentos redondos, se secciona transversalmente el peritoneo - del fondo de saco vesicouterino y se separa moderadamente la vejiga, hacia abajo con disección roma a la torunda, hasta descubrir la fascia útero-vaginal que aparece como estructura lisa y brillante en la cara anterior del cervix.
 - 12) Se pinzan, seccionan y ligan los vasos uterinos, encadenado, a nivel del istmo uterino, como si se tratara de una histerectomía subtotal. Al pinzar estos vasos se lleva el extremo de la pinza hasta 1 cm por dentro del borde uterino, para que resbale de él, tanto para hacer una buena toma de los vasos, como para abrir un ojal en la porción de la fascia tomada, ojal que facilitará la realización del tiempo siguiente.
 - 13) Se corta la porción media de la fascia anterior hasta los ojales antes mencionados y se disecciona la fascia del miometrio subyacente quedando un amplio espacio subfascial creado.
 - 14) La fascia útero-vaginal posterior esta íntimamente adherida al peritoneo anterior del fondo de saco de Douglas y, por tanto conviene disecarla junto con dicho peritoneo. Para ello se hace una incisión transversal a nivel del sitio en que se ligaron los vasos uterinos y se disecan -

fascia y peritoneo hacia abajo, creando así un espacio -
intrafascial posterior entre ambos ligamentos útero-sa-
cros.

- 15) A continuación se pinzan, cortan y ligan conjuntamente, en cada lado, el ligamento de Mackenrodt y el útero-sacro correspondiente. Para ello se introduce una pinza de Hea ny, adyacente al borde cervical, de manera que la rama anterior. La toma intrafascial de los ligamentos de Mackenrodt y útero-sacros evita toda lesión de las estructuras adyacentes en particular la vejiga y los ureteros.
- 16) Una vez seccionados los ligamentos de sosten inferiores del útero, éste queda libre, y haciendo tracción suave de él en dirección cefálica pueden exponerse ambos lados de los bordes de la vagina y referirlas con pinzas de Faure a nivel del fondo de saco vaginal correspondiente. Entonces se secciona la vagina al ras de su inserción en el cuello uterino, y se sutura el muñon vaginal con un surgete cruzado de cátgut crómico del no. 1, teniendo cuidado de anudar el surgete a nivel de los bordes vaginales, por fuera de las pinzas que los refieren, a fin de ligar los vasos vaginales retrogradados de los llamados "ángulos-sangrantes de la vagina". No obstante la preparación que se ha hecho de la cavidad vaginal antes de la operación, acostumbramos considerar este tiempo como séptico, y por-

tanto se aísla el campo operatorio, una vez suturado el -
el muñon vaginal, se cambian compresas y guantes.

- 17) Una ventaja de esta técnica es que permite reconstruir la fascia endopélvica, y dar por tanto soporte natural al muñon vaginal, con las estructuras fasciales y ligamentosas de ésta. Para ello se sutura la fascia útero-vaginal sobre el muñon vaginal con un surgete continuo de cáatgut - atraumático, teniendo que comprender en la sutura, en cada lado el muñon de los ligamentos de Mackenrodt y útero-sacros.
- 18) Se peritoniza la pelvis con un sugete continuo de cáatgut - atraumático 00 dejando los pedículos vasculares subperitoneales.
- 19) Se hace la toilette de la cavidad pelviperitoneal, se retiran las compresas de gasa, se verifica que el número de compresas y gasas de espongear esté completo y se cierra la pared por planos en la forma habitual.

Por la descripción de los tiempos quirúrgicos de esta técnica se habrá notado que trata de ser muy anatómica y que los muñones de los pedículos vasculares, y de los ligamentos-redondos se dejan en posición natural en las paredes laterales de la pelvis. Nunca se intenta fijar estos muñones al muñon vaginal ni a otras estructuras bajas de la pelvis por ser esto inútil e inconveniente. En efecto estas reproables ma -

niobras dejan en tensión estas estructuras y pueden ser motivo de dolor pélvico postoperatorio, de dispareunia o de alteración de la irrigación sanguínea de los anexos (1,2,4,11).

Es de interes saber que años más tarde esta misma técnica ha sido descrita por otros autores como propia Doven, Meredith, Aldridge, Te Linde etc. (16,21,22,23).

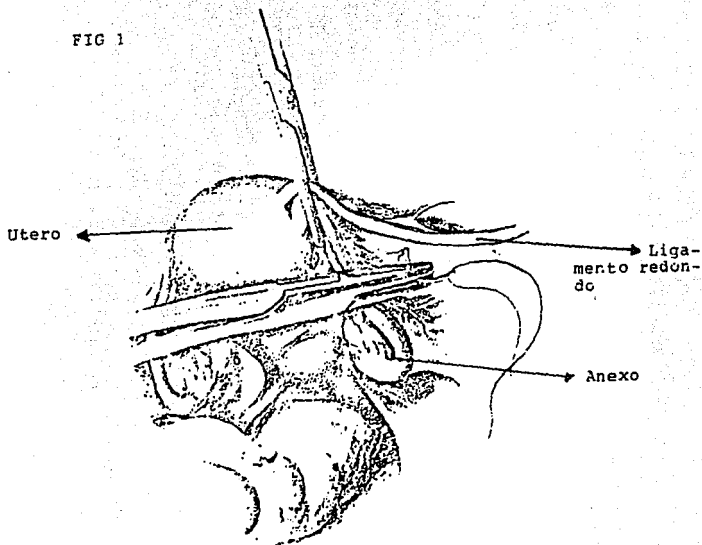
Algunos autores realizan variantes a la técnica de la histerectomía abdominal y así Kelly y Segond prefieren comenzar - de derecha a izquierda la sección de los pedículos, comenzando por el útero-ovárico, algunos otros no usan pinzamiento de los pedículos del infundíbulo-pélvico aduciendo que al hacerlo aumentan la enfermedad trombo-embólica postoperatoria (38,39). Otras ocasiones es necesario peritonizar la pélvis con algún - otro órgano pélvico a la interposición colon-vesical de la pélvis alta se le conoce como "TECNICA DE CHARRIER GOSSET".

Cuando existe algún tumor en el compartimiento posterior de la pélvis o cuando difícilmente se puede abordarlo, la variante de abordaje se describe como "TECNICA DE BONNEY"(16). O cuando se sutura el muñon vaginal con puntos en "U" y se fijan a los ángulos del muñon vaginal con sutura en "8" los ligamentos redondos, se describe como "TECNICA DE TE LINDE" (21).

FIGURAS DE LOS PRINCIPALES PASOS DE LA
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

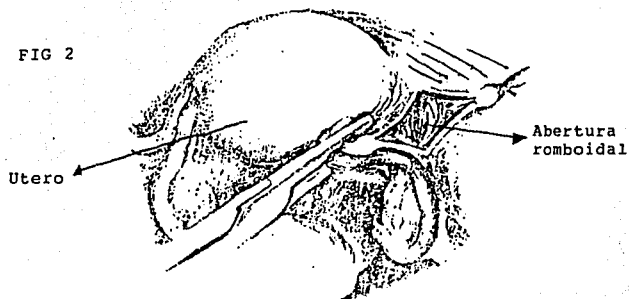
FIGURAS TOMADAS DEL KASER (23)

FIG 1



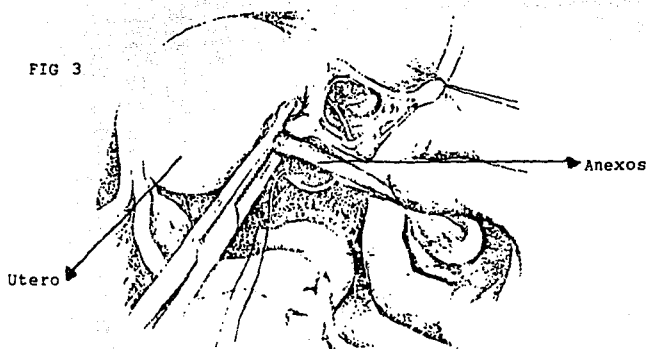
Pinzamiento y tracción hacia arriba del útero por el ligamento redondo y los anexos de lado derecho, con ligadura del ligamento redondo.

FIG 2



Abertura romboidal del espacio subperitoneal derecho después de seccionar el ligamento redondo

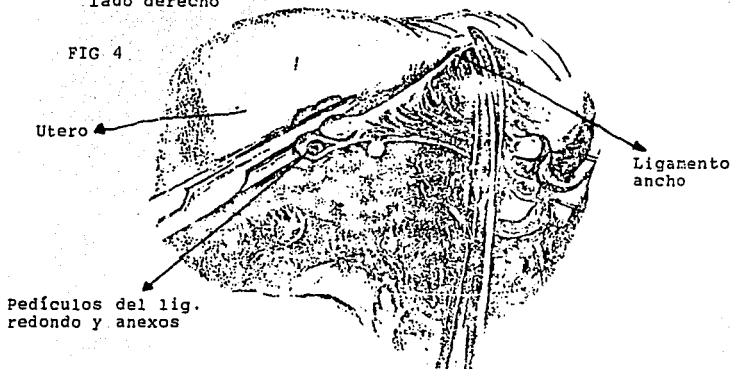
FIG 3



Ligadura de los anexos del lado derecho

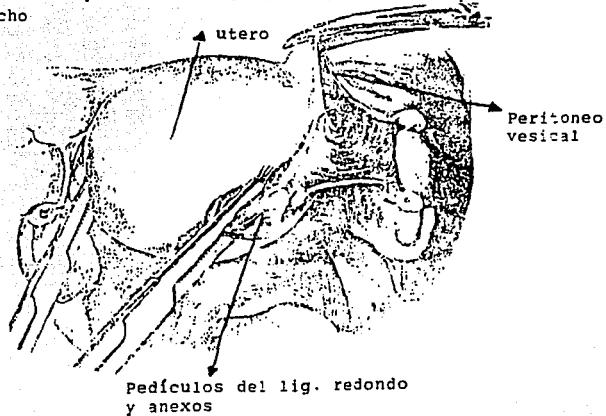
Sección de la hoja anterior del ligamento ancho del lado derecho

FIG 4



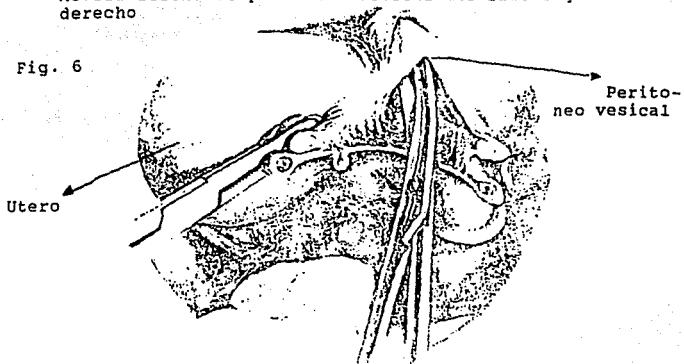
Sección del peritoneo vesical desde el lado izq. al derecho

FIG 5



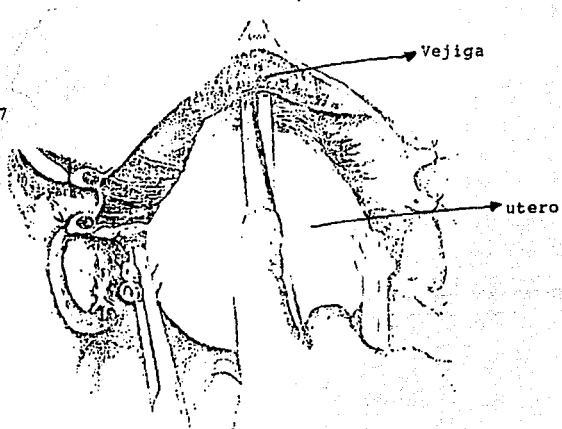
Movilización del peritoneo vesical del lado izq. al derecho

Fig. 6



Movilización de la vejiga urinaria

FIG. 7



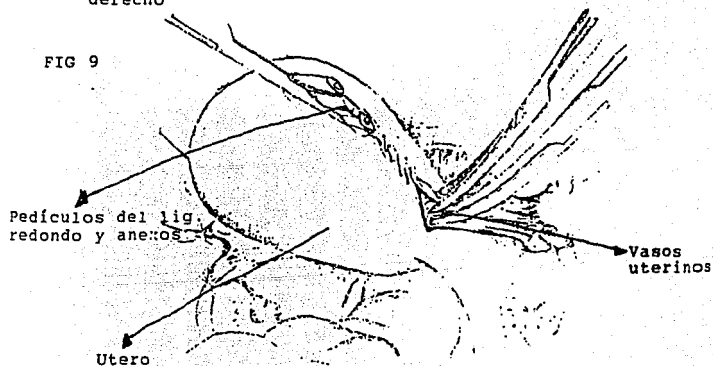
Sección de la hoja posterior del ligamento ancho

FIG 8



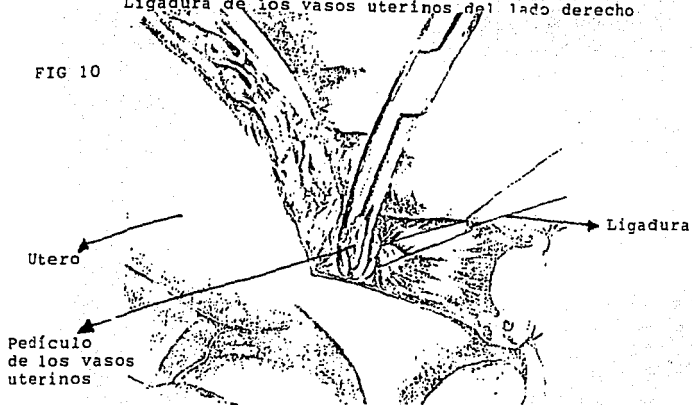
Pinzamiento y sección de los vasos uterinos del lado derecho

FIG 9



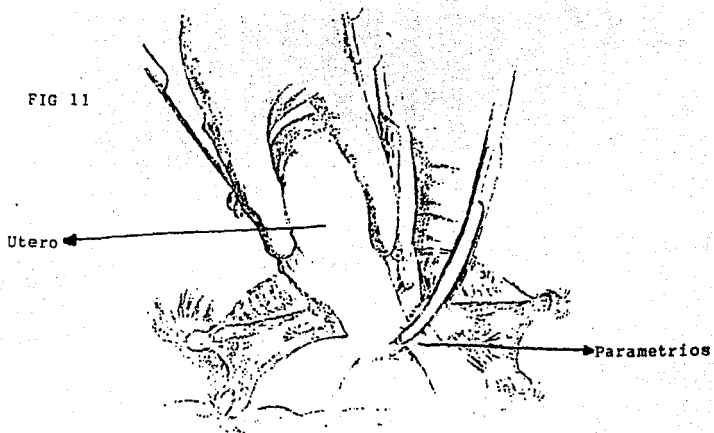
Ligadura de los vasos uterinos del lado derecho

FIG 10



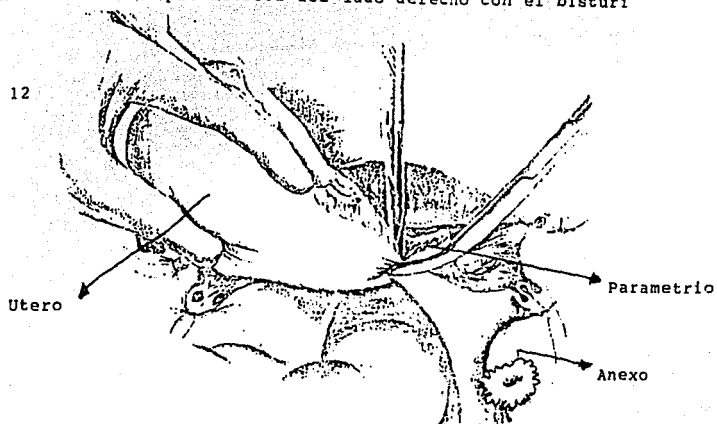
Pinzamiento de los parametrios del lado derecho

FIG 11



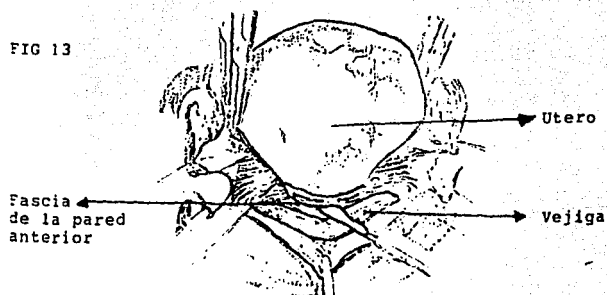
Incision de los parametrios del lado derecho con el bisturi

FIG 12



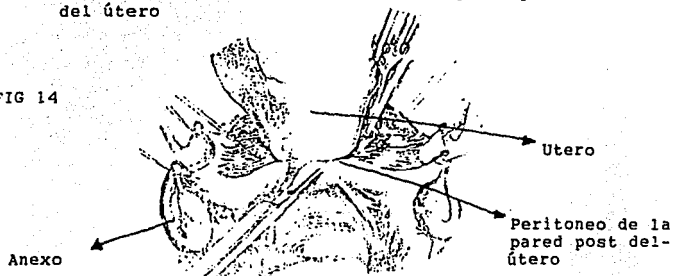
Sección de la fascia de la pared anterior del cuello

FIG 13



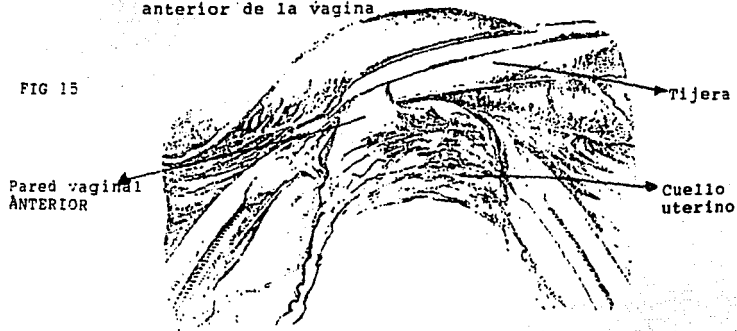
Sección del peritoneo a nivel de la pared posterior del útero

FIG 14



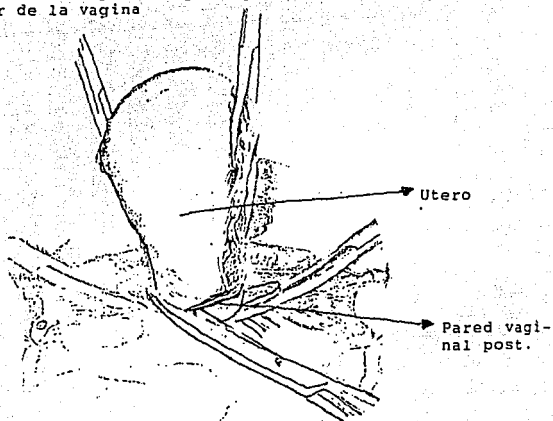
Incisión de la pared vaginal anterior en la cúpula anterior de la vagina

FIG 15



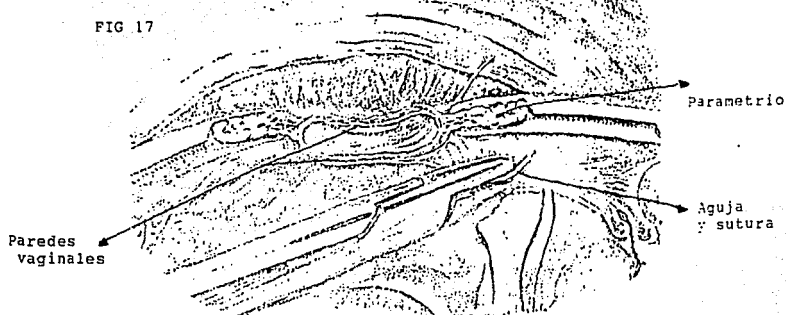
Incisión de la pared vaginal posterior en la cúpula posterior de la vagina

FIG 16



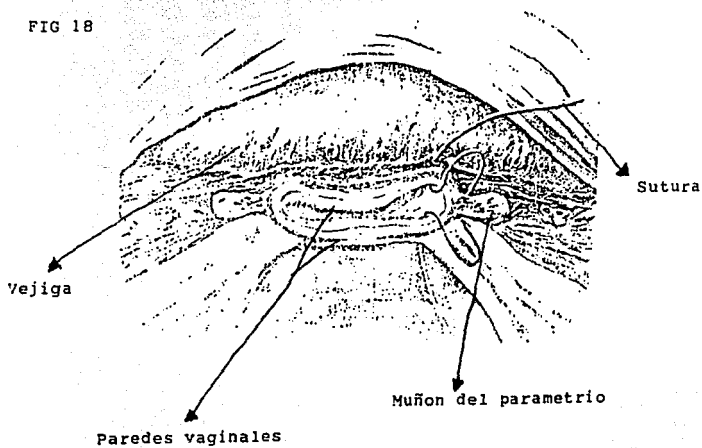
Ligadura del muñón de los parametrios

FIG 17



Sutura en el vértice, que incluye e invagina el muñón de los parametrios

FIG 18



OTRAS TECNICAS: TECNICA DE LA HISTERECTOMIA
ABDOMINAL SUBTOTAL

En esta técnica se siguen los mismos pasos de las histerectomías totales abdominales a excepción de que se deja el cuello uterino y junto con él una serie de problemas. Se deja el cuello uterino, que es el asiento del mayor porcentaje de carcinoma, también puede existir el problema de prolapso del muñon del cuello uterino, o bien dispareunia etc (40, 41).

Los cirujanos que practican este tipo de técnica, argumentan que es más fácil y accesible de realizar, y que además al practicarla y llevarla a cabo, se evita la mayor mortalidad que se presenta al practicar una histerectomía total abdominal de tipo intrafascial, cosa que queda en duda, esto lo refieren: Dexeus, Lisak, Mocquot (42), dicha técnica la describen como histerectomía abdominal subístmica o supravaginal, y refieren que para evitar los inconvenientes antes mencionados, aconsejan cauterizar la mucosa del muñon del cuello uterino y que al realizar dicha cauterización se evita la degeneración cancerosa del muñon cervical, otro punto que consideran importante de realizar en este tipo de técnica, es la de fijar los ligamentos redondos al muñon vaginal para evitar el descenso del cuello uterino y la dispareunia.

Algunos autores como Dexeus (22), practican la histerectomía abdominal subtotal alta o fúndica.

Es importante señalar que actualmente la histerectomía abdominal subtotal, es raro que se realice por los problemas antes mencionados, salvo en contadas ocasiones.

TACTICAS PARA FACILITAR LA OPERACION EN CASOS DIFICILES:

HISTERECTOMIA SUBTOTAL

TOTALIZADA

Esta bien definido en la actualidad, que la técnica de histerectomía abdominal subtotal, no tiene razón de ser y que raramente esta indicada, unicamente se lleva a cabo de primera intención, en aquellos casos en que se considera difícil o peligroso practicar la histerectomía total abdominal intrafascial de entrada, pero ya una vez eliminado el obstáculo, se procede a referir el muñón del cuello uterino con una pinza de Pozzi y puede entonces disecarse con facilidad la fascia pericervical anterior y posterior, a fin de tratar los ligamentos de Mackenrodt y útero sacros, por dentro de ella en la forma descrita en la técnica de la histerectomía total abdominal intrafascial y poder extirpar el muñón cervical con facilidad.

Esta técnica se practica en aquellos casos en que existe dificultad de acceso a la pelvis, ya sea por tumores voluminosos o adherencias, procesos infecciosos o endometriósicos de las paredes de la pelvis, este tipo de técnica ha sido descrita

por algunos autores como propia y otros la describen como histerectomía abdominal en dos tiempos (Labey, Pajot, Guihenec, Tichelet, Faure, Castillejos) (15,21,36).

TECNICA DE DEGOLLACION DE FAURE

Esta técnica se practica en aquellos casos en que el acceso a las paredes laterales de la pélvis es imposible o peligroso, debido a procesos infecciosos, endometriosis o tumorales existentes, se inicia la operación seccionando transversalmente el peritoneo del fondo de saco vesicouterino y separando la vejiga moderadamente hacia abajo, se secciona transversalmente el útero a nivel del istmo uterino, se hace tracción del muñón uterino hacia arriba por medio de una pinza de garras, pueden entonces ligarse a ambos lados los vasos uterinos y continuar la operación hacia los lados y arriba con una mejor luz quirúrgica, hay más seguridad en las maniobras y mayor facilidad para realizarlas, una vez extirpado el cuerpo uterino, se reseca el cuello uterino en la forma anteriormente descrita.

Otras tácticas también utilizadas por Jean Louis Faure son las siguientes:

Cuando por alguna razón el acceso quirúrgico de un lado de la pelvis está impedido por infiltraciones, adherencias o procesos tumorales, la histerectomía se realiza de derecha a izquierda o viceversa según el caso, esta la mencionan otros autores como Kelly y Castillejos.

La tercera táctica quirúrgica de Faure, es cuando es imposible el abordaje quirúrgico por las técnicas habituales y se decide iniciar la histerectomía seccionando en forma longitudinal el útero, del fondo hacia el cervix y después se procede a cortar y ligar cada uno de los pedículos a cada lado de la pélvis (11, 12,13)

TECNICA DE CASTILLEJOS-HALSTED

Se realiza cuando el acceso quirúrgico de uno de los lados de la pélvis esta impedido por infiltraciones o adherencias del proceso patológico, pero en cambio el otro lado es accesible, esta técnica practica la histerectomía abdominal de derecha a izquierda o viceversa como la mencionada por Faure. En el lado accesible, se pinzan, cortan y ligan los ligamentos infundíbulo-pélvicos y los ligamentos redondos, se corta transversalmente el peritoneo del fondo de saco vesico-uterino, se separa la vejiga del útero hacia abajo, se pinzan cortan y ligan los vasos uterinos de ese lado a nivel del istmo, se secciona entonces el útero a ese nivel, se hace a continuación tracción del muñon superior hacia afuera y arriba con una pinza de garras, se expone el espacio pélvico contralateral de la pelvis en la forma antes indicada, se pinzan, cortan y ligan las arterias uterinas del lado difícil y se termina la histerectomía, se cierra la cavidad y el resto de los planos por la técnica habitual.

Dentro de todas las técnicas anteriormente mencionadas-
la que más se practica en el servicio de Ginecología y Obste-
tricia del Hospital Español de México es la HISTERECTOMIA TO-
TAL ABDOMINAL INTRAFASCIAL que es técnica del DR ALFONSO ALVA
REZ BRAVO.

En los casos de la presencia de un carcinoma in situ del cue-
llo uterino o carcinoma microinvasor del mismo, después de co-
nización y estudio histopatológico previo, es preferible rea-
lizar la histerectomía total extrafascial con extirpación de
dos a tres centímetros del tercio superior de vagina, y al -
llevar a cabo esta técnica es recomendable, antes de tratar -
los ligamentos inferiores del útero, demostrar la integridad-
del uretero palpándolo, con el objeto de precisar su localiza-
ción y evitar lesionarlo; sin embargo, para el carcinoma micr^o
invasor, se prefiere llevar a cabo la técnica de la histerecto-
mía abdominal extrafascial ampliada de Te Linde (11,12,21).

VENTAJAS DE LA HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL INTRAFASCIAL

Es de gran importancia señalar las ventajas de esta técnica para preferirla, al momento en que se toma la decisión de elección quirúrgica de una técnica y estas son las siguientes:

- 1.- Gracias al tratamiento de los ligamentos útero-sacos y de los de Mackenrodt por dentro de la fascia útero-vaginal, se evitan las lesiones de la vejiga, del uréter y del recto.
- 2.- Resuelve serios problemas técnicos en casos que el recto este adherido a la cara posterior del útero.
- 3.- Reconstruye la fascia endopélvica y proporciona un magnífico soporte natural al muñón vaginal, evitando el prolapso.
- 4.- Obtiene una correcta cicatrización, una buena profundidad de la vagina y una buena elasticidad de la cúpula vaginal.
- 5.- Nunca se drena la pelvis. El muñón vaginal se cierra por completo (11,12,40).

VENTAJAS DE LA HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL EXTRAFASCIAL

En esta técnica encontramos las siguientes ventajas:

- 1.- Es considerada rápida de realizar, aunque en ocasiones esto depende de la destreza del cirujano.
- 2.- En muchas ocasiones suele ser menos incruenta.
- 3.- Es técnica de elección en procesos malignos por ejemplo: cáncer in situ o microinvasor de cuello uterino, cáncer de endometrio (15,21,22).

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

Al plantear los problemas que presenta la histerectomía abdominal, hay que considerar los factores que en forma conjunta o independiente pueden dar origen a complicaciones.

El primer factor que toma en consideración el cirujano, es la edad de la paciente, que se ha observado que en la generalidad de las pacientes que se presenta esta operación es de la cuarta década de la vida en adelante, más raro realizarlo, en mujeres más jóvenes. Es durante esta edad cuando se inician padecimientos de origen endócrino (obesidad, diabetes), así como de origen cardiovascular, renal y pulmonar que deben ser tomados en consideración al plantear la intervención (14,43,44).

Frecuentemente son enfermas que han sufrido sangrados genitales anormales originados por condiciones patológicas, que motivan la histerectomía y que conducen a distintos grados de anemia. También se pueden encontrar estados de desnutrición, avitaminosis e hipoproteïnemia que propician condiciones de edematizular y alteraciones en los procesos normales de cicatrización (14).

Ocasionalmente, los antecedentes obstétricos como las cesáreas, plantean problemas durante la gestación que pueden conducir a la realización de una histerectomía de urgencia que trae complicaciones serias cuya resolución debe ser inmediata.

Como factores patológicos locales causantes de complicaciones podemos considerar el tamaño del útero y anexos que pueden estar aumentados (31), por tumoraciones que originan:

- 1) Cambios de posición del útero.
- 2) Desplazamiento de los órganos pélvicos con distorsión de la anatomía normal.
- 3) Alteraciones en el trayecto normal de las estructuras vasculares y nerviosas.
- 4) Disminución de la visibilidad del campo operatorio.
- 5) Aumento de la vascularización de los órganos pélvicos.

Cuando estos tumores sufren procesos degenerativos (45), pueden dar lugar a la formación de adherencias entre el útero y órganos adyacentes. La endometriosis y los procesos sépticos del útero y anexos con otros factores locales que pueden dar origen a complicaciones durante la histerectomía por los procesos de adherencias peritoneales que originan y pueden ser motivo de lesión de órganos pélvicos, durante la liberación del útero (14).

Las varicosidades pélvicas y la congestión pélvica crónica, por el peligro de hemorragia que ocasionan con frecuencia, son factor de consideración durante la histerectomía.

Las complicaciones más importantes para el ginecólogo son las siguientes:

1.- HEMORRAGIA: Durante una histerectomía abdominal, el sangrado de los vasos uterinos y ováricos puede ser originado por la exposición anatómica inapropiada o una ligadura insuficiente de los vasos. Es aconsejable colocar ligaduras dobles y explorar la pelvis cuidadosamente, en busca de puntos sangrantes antes de la reperitonización y cierre de la pared abdominal. La hemorragia, tanto como las lesiones de los órganos adyacentes, esta asociada con la extirpación de grandes tumores ováricos y uterinos (45).

Algunas veces el sangrado copioso puede provenir del corte de la vagina, por lo que es recomendable aplicar una sutura constrictiva al muñón vaginal. Cuando hay mucho sangrado capilar en la profundidad de la pelvis, algunos ginecólogos prefieren dejar el muñón abierto colocando una sutura continua hemostática alrededor de la circunferencia de la vagina.

Es poco frecuente que los grandes vasos se retraigan y sangren durante la realización de la histerectomía abdominal no complicada (14); si esto pasa en la región de la arteria uterina, hay que abrir ampliamente el ligamento ancho y efectuar la ligadura cerca de los vasos hipogástricos con el uréter bajo visión directa. Inclusive la ligadura de la arterias hipogástrica es un método aconsejable cuando hay hemorragia incontrolable (35,45).

Si se lesionan varicosidades que pueden encontrarse en los ligamentos anchos, darán origen a una gran cantidad de sangre que cubrirá el campo operatorio. La aplicación ciega de pinzas hemostáticas está proscrita, pues aplicando compresión moderadas, compresas húmedas calientes en el área sangrante, es suficiente para controlar la hemorragia y con el campo operatorio limpio pinzar a la vista los vasos sangrantes (23,28,35). La hemorragia que sigue a la histerectomía abdominal, puede ser intraperitoneal o extraperitoneal. La intraperitoneal está siempre asociada con sangrado de los vasos uterinos u ováricos y generalmente ocurre por el desplazamiento de las ligaduras. El tratamiento es la reposición inmediata de sangre y la reoperación para localizar y ligar los vasos sangrantes. La mayor dificultad sobreviene en el diagnóstico de grados menores de hemorragia intraperitoneal y cuando el tratamiento se retarda, puede presentarse fleo-paralítico y la paciente puede morir de complicaciones secundarias, más que de la anemia aguda. Una complicación hemorrágica menos grave es el desarrollo de un hematoma extraperitoneal cuyo sitio más común es la región del muñón vaginal, muy rara en la técnica extrafascial. La hemorragia del ligamento ancho después de la histerectomía puede ser debida a sangrado en capa de los vasos ováricos o uterinos. Este hematoma puede evacuarse abriendo el muñón vaginal, aunque algunos de ellos desaparecen gradualmente sin que

se realice ninguna terapéutica quirúrgica (23,35).

2.- LESION A LA VEJIGA : Puede ocurrir al hacer descuidadamente la incisión abdominal o posteriormente cuando se intenta separarla de las estructuras vecinas. Rara vez la vejiga se lesiona por una retracción forzada, pues esto siempre es evitable por un aislamiento cuidadoso del campo operatorio. La vejiga puede tener una situación alta en la pared anterior abdominal por la presencia de tumores o por alteración de la anatomía normal por cirugía pélvica previa..

Disecciones amplias pueden ocasionar denervación de la cara posterior de la vejiga, originando atonía con la consiguiente retención urinaria y posible repercusión renal.

En el postoperatorio al encontrar escurrimiento urinario continuo en la cúpula vaginal, es importante precisar si se trata de una fístula vesico-vaginal o uretero-vaginal (35,46). Una prueba sencilla consiste en llenar la vejiga con una solución de azul de metileno previa colocación de una gasa en la vagina: si la gasa se colorea, se trata de una fístula vésico-vaginal, no sucediendo así cuando se trata de la variedad ureteral.

La fístula vesico-vaginal se sitúa generalmente en la línea

media de la cúpula vaginal y su origen puede ser una ligadura que da lugar a necrosis o a un traumatismo instrumental durante la exposición del campo operatorio. Su tratamiento varía desde el simple sondeo a permanencia de la vejiga, que puede ser suficiente para la cicatrización de las fístulas pequeñas, hasta muy diversas y complicadas técnicas operatorias. Cuando la fístula es grande, es necesario esperar varios meses para que se elimine el tejido necrótico y se pueda contar con un tejido en buenas condiciones para la reparación (35,46).

- 3.- LESION URETERAL: Es uno de los más grandes temores de la histerectomía. Cerca del 85% de las lesiones ureterales son unilaterales y son 6 veces más frecuentes en la histerectomía abdominal que en la vaginal (47,48,49). Cuando hay masas inflamatorias o endometriósicas adherentes al ligamento ancho, el uréter es frecuentemente empujado hacia arriba y se adhiere al tumor, así que la lesión puede ocurrir al hacer la disección de esta masa para su extirpación. Una de las causas más frecuentes de la lesión ureteral es el pinzamiento ciego de un vaso uterino sangrante que se ha ocultado dentro de una colección de sangre. Cuando hay duda acerca de la posición del uréter, el ligamento ancho debe ser abierto a un nivel alto y el uréter identificado hacia abajo. Cuando el uréter se liga, la sutura debe ser retirada y realizarse una evaluación cuidadosa, si la lesión parece superficial y baja, el uréter-

no se toca y el muñon vaginal se deja abierto. Si el área involucrada se encuentra a varios centímetros de la vejiga se coloca un tubo extraperitoneal, para drenaje en un flanco pero no contra el uréter mismo. A menos que la lesión sea superficial, es aconsejable cateterizar el uréter por 2 a 3 semanas; esto puede llevarse a cabo insertando un pequeño catéter a través de una pequeña incisión que se hace más arriba del sitio de la lesión ureteral o bien por cateterización cistoscópica, después de la operación. En caso de que el uréter haya sido dividido o muy lesionado cerca de la vejiga por pinza o sutura, la porción proximal debe ser anastomosada a la vejiga y el cabo distal del uréter ligado. La ligadura de ambos ureteros, puede, no ser aparente durante las primeras 24 a 72 hrs si no se piensa en ella y se atribuye la anuria a shock por hemorragia, a insuficiencia adrenal o a un síndrome de nefrón bajo. En la anuria postoperatoria se debe hacer una urografía excretora y el cateterismo de los mismos por cistoscopia, cuando estos no pueden ser cateterizados, debe reoperarse inmediatamente (46,50,53).

- 4.- LESION INTESTINAL: La lesión del intestino en relación con la histerectomía, comúnmente ocurre durante la liberación de adherencias del fondo y de la pared posterior del útero y de los ligamentos anchos. Cuando ocurre un desgarro del intestino delgado, es conveniente reparar este defecto inmediatamente, cuando el daño intestinal es extenso, es preferible llevar

a cabo una resección y anastomosis del tipo termino-terminal. Las lesiones más difíciles de reparar son las de intestino grueso que ocurren en el recto, pues a veces se extienden hacia abajo en dirección a la vagina. Cuando la lesión de recto es extensa está indicado realizar una colostomía transversa. La fístula recto-vaginal, después de la histerectomía es rara hoy en día, cuando se presenta se localiza cerca de la cúpula vaginal, su reparación por esta vía no presenta problemas (12,35,36).

- 5.- INFECCION: Hay menos peligro de diseminación postoperatoria de procesos sépticos si se interviene después de la remisión de los síntomas y signos inflamatorios como respuesta a un tratamiento médico bien dirigido. En caso contrario, si hay agudización de los síntomas con generalización aparente del proceso inflamatorio es mejor intervenir. Otra causa de peritonitis generalizada es la lesión intestinal con gran contaminación del peritoneo. La llamada peritonitis química puede presentarse cuando hay un escurrimiento de orina en la cavidad peritoneal por una lesión del uréter o de vejiga que no ha sido identificada durante la operación. Después de las peritonitis pélvicas o generalizadas, se pueden formar abscesos pélvicos, el tratamiento de esta complicación es la colpotomía simple más tratamiento médico. También se puede encontrar el absceso del muñón, que se

forma entre éste y el peritoneo intacto, sobre un hematoma. Esta complicación se presenta entre el 7o y el 14o día postoperatorio y debe pensarse en ella cuando la paciente experimenta fiebre inexplicable. El tratamiento es el mismo que en el absceso pélvico (50,51).

- 6.- TROMBOFLEBITIS PELVICA: Se puede presentar acompañando a las infecciones pélvicas severas después de una histerectomía, es la tromboflebitis pélvica que puede dar origen a la embolia pulmonar en su forma masiva o bien en pequeños émbolos presentes en ambos campos pulmonares. Cuando se sospecha esta complicación, es conveniente usar tratamiento con antibiótico y anticoagulante, que en la mayoría de los pacientes da buenos resultados (35).
- 7.- DIPAREUNIA: Esta se presenta frecuentemente como complicación de histerectomía, cuando se ha usado la vía abdominal y generalmente se debe a un defecto de técnica, al fijar los ovarios remanentes a la cúpula vaginal originando tensión en los mismos. Esta complicación se evita dejándolos libres en la pelvis durante la peritonización.
- 8.- PROLAPSO DEL MUÑÓN VAGINAL: Puede presentarse ocasionalmente y su frecuencia ha disminuido, con el empleo de la técnica intrafascial, y el cierre anteroposterior del muñón vaginal que aproxima a la línea media los ligamentos cardinales (35).

9.- TRANSTORNOS ENDOCRINOS: Hoy día debe aceptarse universalmente que la histerectomía por enfermedad benigna debe ir aparejada a una cirugía conservadora en cuanto a los ovarios se refiere, ya que el peligro de cáncer de ovario en enferma histerectomizada, es según algunos autores, de menos de un caso por mil (35,53).

La castración en la joven y aún en la premenopáusica y postmenopáusica puede acarrear cambios físicos y psíquicos que pueden ser corregidos con la terapia hormonal sustitutiva (35,54).

OBJETIVOS

Este trabajo es una revisión retrospectiva de diez años que comprende del primero de enero de 1984 al 31 de diciembre de 1993.

En él, se estudian las "HISTERECTOMIAS TOTALES ABDOMINALES" - realizadas por el grupo de médicos del "Servicio de Ginecología del Hospital Español de la Ciudad de México" siguiendo las mismas técnicas.

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Estudiar los criterios utilizados en el servicio de ginecología del Hospital Español para realizar la histerectomía.
- Valorar la evolución de las pacientes según la técnica utilizada.
- Estudiar el tipo de complicaciones más frecuentes en el tipo-población que se maneja en este hospital.

PACIENTES: MATERIAL Y METODOS

El material analizado incluye 524 pacientes a las que se les realizó histerectomía total abdominal, lo que permite una revisión amplia y detallada de las pacientes intervenidas quirúrgicamente en el servicio de ginecología, lo que se muestra a continuación:

ESTUDIO CLINICO

ANTECEDENTES DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

El primer factor que será analizado, es la edad de las pacientes, ya que se ha demostrado que ciertos padecimientos van asociados con determinada época de la vida.

EDAD DE LAS PACIENTES OPERADAS

	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
De 20-29 años -----	5	0.95%
De 30-39 años -----	80	15.26%
De 40-49 años -----	103	19.65%
De 50-59 años -----	274	52.29%
De 60-69 años -----	55	10.59%
de 70-79 años -----	7	1.33%

Después de analizar la tabla anterior se puede observar que la generalidad de las pacientes, a las que se les realizó histerectomía total abdominal, se encuentran por arriba de la cuarta década de la vida y la mayor incidencia está entre los 50-59 años que es la época en que la mujer presenta la mayoría de los padecimientos ginecológicos como lo mencionan muchos - autores como Te Linde, Alvarez Bravo, Kaser, Correa (12.21,23, 35).

Además, es importante mencionar que apartir de esta época, es la edad cuando se inician padecimientos de origen endócrino así como de origen cardiovascular, renal y pulmonar que siempre deben ser considerados cuando se plantea una operación de este tipo (35,51).

También podemos observar que excepcionalmente se realiza en mujeres jóvenes por abajo de los treinta años, primero porque los padecimientos que lo indiquen es menos frecuente y segundo, se hace hasta lo imposible para conservar el útero, con el fin de conservar la fertilidad de dichas pacientes; en nuestro estudio solamente fueron 5 pacientes de las cuales a 2 se les quitó el útero por miomatosis de grandes elementos que comprimian estructuras vecinas, sangrados anormales y endometriosis, las restantes fueron pelviperitonitis secundarias a abortos sépticos.

Por lo que se refiere a las pacientes de mayor edad, también se puede ver que va disminuyendo la incidencia, muchas veces porque disminuye las enfermedades que lo indiquen o porque la histerectomía se planea por vía vaginal.

Considero de gran importancia incluir en esta revisión los antecedentes quirúrgicos tanto generales como ginecológicos y obstétricos ya que tienen gran trascendencia en relación a la morbilidad operatoria (38,55,56).

ANTECEDENTES QUIRURGICOS EN GENERAL

<u>Antecedentes</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Apendicectomia -----	181	34.54%
Colecistectomia -----	87	16.60%
Hernioplastias umbilicales e inguinales -----	124	23.66%
Fleboexcérisis de miembros inferiores -----	19	3.62%
Laparotomía exploradora -----	24	4.58%
Sin antecedentes quirúr. grales.-----	89	16.98%

Además, es importante señalar que el hecho de existir - operaciones previas a la histerectomía también influyen en la decisión del cirujano para elegir la vía de acceso en determinado momento, aunque los lineamientos generales deben adecuarse a cada paciente en base a la experiencia y capacidades del cirujano (35,49).

ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

<u>Antecedentes</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Extirpación de anexos -----	96	18.32%
Ligamentopexias -----	17	3.24%
Colpoperineoplastias -----	15	2.82%
Miomectomias -----	24	4.58%

<u>Antecedentes</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Extirpación de quistes ováricos -----	30	5.72%
Extirpación de pólipos endocervicales -----	22	4.19%
Conización del cuello -----	14	2.67%
Anexectomía derecha e izq. -----	19	3.62%
Marsupialización -----	5	0.95%
Cesáreas -----	145	27.67%
Circunducción del cuello -----	26	4.96%
Sin antecedentes quirúrgicos ginecológicos y obstétricos -----	61	11.64%

A continuación se señalan los antecedentes obstétricos de las pacientes hysterectomizadas, donde se incluye el número de gestaciones que, como se observa, la mayor cantidad está formado por las multigestas, siguiéndole las secundigestas; también se señala la relación de partos y cesáreas en razón al número de gestaciones previamente mencionadas, - además se señala el número de abortos espontáneos y provocados en el grupo de pacientes estudiadas, cosa que es muy importante ya que sobre todo los sépticos se relacionan frecuentemente con pelviperitonitis que puede llevar a problemas más serios (35,41,51).

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

<u>Gestaciones</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Nuligestas -----	80	15.26%
Primigestas -----	74	14.12%
Secundigestas -----	155	29.58%
Multigestas -----	215	41.03%

Lo que se refiere a los cuidados preoperatorios de las -
pacientes histerectomizadas, así como sus antecedentes van de-
la mano para evaluar el riesgo quirúrgico de las pacientes y -
así tener una operación exitosa (42).

A continuación se mencionan los antecedentes preoperatorios de
de las pacientes operadas, encontrando el mayor número de pato-
lógia en los padecimientos cardiovasculares sobre todo en hi-
pertensas, y es importante señalar que en este tipo de pacien-
tes, debieron ser observadas muy de cerca durante el acto qui-
rúrgico y después del mismo porque se pueden presentar muchas-
alteraciones adversas como: desequilibrio hidroelectrolítico, -
hipotensión, dolor intenso, infección, taquicardia etc., las -
pacientes que le siguen en la tabla son las diabéticas, cuyo -
control se hace difícil en especial por la tensión de la opera-
ción, la infección aguda, la anestesia o el desequilibrio hidro-
electrolítico, por lo que estas enfermas en el pre, trans y post
operatorio fueron observadas cuidadosamente para evitar proble-

mas hidroelectrolíticos, cetosis, hipoglucemias e infección, el número de pacientes nefrópatas fué menor, pero igualmente fueron pacientes que debieron ser evaluadas en forma integral para evitar problemas. Por último la anemia, que fué el número menor de pacientes en nuestro estudio generalmente se debió a una deficiencia de hierro causada por alimentación inadecuada, pérdida crónica de sangre o ambas, estas pueden ser tratadas mediante la administración bucal o parenteral de hierro, en casos de urgencias se pueden administrar transfusiones sanguíneas preoperatorias preferentemente con eritrocitos aglomerados (35,63).

ANTECEDENTES PREOPERATORIOS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

<u>Antecedentes</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Enfermedades cardiovasculares:		
Cardiopatías -----	59	11.25%
Hipertensión arterial -----	136	25.95%
Diabetes -----	89	16.98%
Nefropatías -----	69	13.16%
Anemias -----	76	14.56%
Sanas -----	95	18.12%

RIESGO CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

<u>Riesgo</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Riesgo normal -----	325	62.02%
Riesgo grado I (leve) -----	102	19.46%
Riesgo grado II (moderado) -----	27	5.15%
Riesgo grado III (severo) -----	70	13.35%

INDICACIONES PREOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

<u>Indicaciones</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Fibromiomatosis uterina -----	103	19.65%
Sangrado uterino disfuncional no controlado con tratamiento médico--	92	17.55%
Prolapsos genitales-----	9	1.71%
Endometriosis pélvica -----	10	1.90%
Adenomiosis -----	35	6.64%
Dolor pélvico crónico -----	2	0.38%
Hiperplasia endometrial -----	183	34.92%
Neoplasia cervical intraepitelial-----	60	11.45%
Cáncer uterino invasor -----	13	2.48%
Otros cánceres por ej. de ovario, trompa, metastasis -----	17	3.24%

Después de observar la tabla anterior, es de interés analizar los resultados, el mayor número de indicaciones de histerectomía en esta revisión fué la hiperplasia endometrial, cosa que llama la atención, porque en la literatura representa sólo el 6% de indicación para esta operación (14,59,67).

Lo que también debe hacernos pensar que en nuestro hospital se está detectando en forma oportuna y adecuada los problemas de hiperplasia de endometrio, lo que permite el tratamiento oportuno y adecuado de este tipo de enfermedad.

En segundo lugar, dentro de las indicaciones de histerectomía en nuestro hospital tenemos a la fibromiomas uterina, cuya incidencia va de acuerdo con la que se presenta reportada en la literatura que es del 30% (14), además actualmente se cuentan con los medios suficientes para diagnosticar este problema con mayor precisión, para así tomar una decisión quirúrgica, cosa que es realizada en el hospital español. Las siguientes indicaciones que siguen en frecuencia son, el sangrado uterino disfuncional no controlado con tratamiento médico y la neoplasia cervical intraepitelial, lo que también nos habla que estos dos problemas son primeramente detectados en forma oportuna y tratados adecuadamente antes de dar problemas posteriores más graves.

TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN LAS HISTERECTOMIAS

Ahora analizo las técnicas quirúrgicas utilizadas durante los diez años de la revisión en el servicio de Ginecología del Hospital Español.

<u>Técnica</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Intrafascial -----	409	78.96%
Extrafascial -----	84	16.03%
Subtotal -----	12	2.29%
Subtotal totalizada -----	19	3.62%

De las técnicas anteriormente mencionadas es notorio que la intrafascial es la técnica más utilizada en el servicio debido a las múltiples ventajas que ofrece.

Es evidente nuestra preferencia por la técnica intrafascial, pues nos parece una magnífica indicación en los padecimientos benignos; para el que se habitúa a ella es de fácil ejecución, previene definitivamente una lesión del uretero en su tercio inferior y evita el prolapso de la cúpula vaginal al rehacer una buena fascia endopélvica.

En frecuencia, en nuestro estudio le sigue la técnica extrafascial, la que estuvo indicada en los casos que existía duda o seguridad de un proceso maligno tanto en el útero como

en los anexos y a no ser por estas causas esta técnica no es la de elección en el servicio de ginecología de este hospital.

En cuanto a la técnica subtotal o la subtotal totalizada, fueron realizadas solamente en los casos que por ejemplo: por endometriosis pélvica severa hubo serios problemas técnicos en los cuales se creyó más conveniente y prudente efectuar una técnica más sencilla o más segura cuya decisión en todos los casos fué hecha en el momento transoperatorio, obteniendo en todos los casos buenos resultados, pero hay que recordar que estas técnicas sólo son utilizadas en casos muy precisos porque como sabemos sobre todo la técnica subtotal es utilizada en pocas ocasiones en la actualidad, por los posibles problemas patológicos que puede dejar a futuro.

Otro aspecto importante e interesante de analizar en este trabajo es la conservación o extirpación de anexos. De entrada en el servicio tenemos el criterio que en toda paciente con edad menor de 45 años, si no existe patología ovárica en el momento del acto operatorio, la conducta a seguir es conservadora, en las pacientes mayores de 45 años de edad es valorable su extirpación según el estado de los ovarios en el momento del acto quirúrgico, aunque se prefiere extirparlos si tienen algún tipo de padecimiento.

CONSERVACION O EXTIRPACION DE LOS OVARIOS

<u>Conducta</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Extirpación de ambos anexos-----	274	52.29%
Extirpación del anexo derecho -----	32	6.10%
Extirpación del anexo izquierdo -----	20	3.81%
Conservación de ambos anexos -----	198	37.78%

Cuando existe un padecimiento evidente en los ovarios, no cabe discutir en nuestro juicio si se debe hacer o no - salpingo-oforectomía unilateral o bilateral, tampoco nos pa - rece motivo de discusión el que deban quitarse los ovarios - a pesar de estar sanos, en pacientes postmenopáusicas. El - problema que desde hace tiempo es motivo de discusión, es - sí ante ovarios sanos en mujeres jóvenes o maduras cercanas a la menopausia deben ser o no respetados.

Algunos autores invocan, para no dejarles la posibilidad de futuros padecimientos, y que además el ovario residual funcionará mal y por poco tiempo y que siempre será fácil hacer terapia de sustitución que preserve a la paciente de las molestias que implica la castración quirúrgica (31,33,38,53,57). Estos argumentos podrían parecer convincentes y aplicables a todos los casos, sin embargo debemos tomar en cuenta que la posibilidad de padecimientos ováricos de significación - especialmente maligna es baja, del 1% según diversos reportes (35,38).

Por otro lado esta demostrado que el ovario puede seguir funcionando por varios años siempre y cuando se les dejen sus relaciones normales con la trompa y se proteja su circulación. Siempre es más molesta la menopausia postquirúrgica de la que se va instalando lentamente.

Nosotros pensamos que es fundamental que la decisión de estos casos a que nos estamos refiriendo, se tome en el transoperatorio y de acuerdo con las posibilidades de dejar un órgano bien irrigado y en su sitio. Es seguro que muchas veces el fracaso en la función ovárica esta en las manos de un cirujano, que no maneja con cuidado el órgano, por esto la valoración de la actividad ovárica, después de una histerectomía no puede explorarse fácilmente en todos los casos y deberían para ser justos, conocer el manejo operatorio. Ovarios fuera de sus relaciones normales y mal irrigados lógicamente estan destinados al fracaso en su función y han ser fuentes de problemas posteriores.

Con base a lo anterior no somos radicales por sistema y tratamos de dejar los ovarios cuando estan sanos aunque faltan pocos años para la menopausia, solamente se recomienda la vigi- lancia posterior de estos.

Finalmente debemos considerar que algunas veces los transtornos que aparecen en una paciente histerectomizada son consecuencia de un incorrecto planteamiento del problema por parte del médico.

En el cuadro siguiente se expone una relación de la incidencia de complicaciones postoperatorias:

<u>MORBILIDAD POSTOPERATORIA</u>		
	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Hipertermia de 1 a 3 días (de 37.8 a 38° C) -----	112	21.37%
Hipertermia de 5 a 8 días (de 38 a 39° C) -----	62	11.83%
Absceso de la pared abdominal -----	5	0.95%
Deshiscencia parcial de herida quirúrgica -----	3	0.95%
Absceso subaponeurótico -----	4	0.76%
Hematoma de pared abdominal -----	1	0.19%
Infección del muñón vaginal -----	1	0.19%
Infección urinaria -----	12	2.29%
Lesión vesical transoperatoria -----	10	1.90%
Lesión de uretero -----	2	0.38%
Tromboflebitis de miembros inferiores -----	5	0.95%
Celulitis pélvica difusa -----	1	0.19%
Ileo paralítico -----	13	2.48%

Antes de analizar la morbilidad postoperatoria, considere de importancia que lo principal de este punto es su prevención, así tenemos que las complicaciones de la histerectomía -

se pueden prevenir con los siguientes puntos técnicos que son de primordial importancia:

- 1.- Mantener una exposición adecuada del campo quirúrgico.
- 2.- Abordar el lado más fácil primero.
- 3.- Evitar el pinzamiento y ligadura en masa.
- 4.- No realizar suturas, cortes y ligaduras ciegas.
- 5.- Siempre estar seguro de que las lesiones al intestino, vejiga y ureteros son buscadas y reparadas antes de cerrar el abdomen (35).

Otro punto importante en relación a la morbilidad postoperatoria es lo mencionado por el Dr. Enrique Gutierrez Murillo, en relación a la aparición de las primeras complicaciones, su frecuencia y forma de evitarlas, pues generalmente se deben a:

- 1.- Una mala planeación quirúrgica.
- 2.- Técnica defectuosa.
- 3.- Mal manejo postoperatorio. (53)

Quiero recordar la importancia que tiene la morbilidad postoperatoria y la causa de la misma, ya que como menciona el maestro Alvarez Bravo, que hay que tener presente los estudios de Pagola que realizó en diferentes medios hospitalarios, y sacó por conclusión que cada medio hospitalario tiene, por decirlo así, un germen común, en su área quirúrgica y por ende las infecciones provocadas se tratan con los mismos antibióticos.

Por otro lado, también cabe mencionar, lo que decía también el maestro Alvarez Bravo, en relación a la fiebre postoperatoria, nos decía en sus cátedras que solo se debe tomar en consideración aquella fiebre que aparece o persiste hasta al cuarto día postoperatorio, o cuando está los primeros días postoperatorios y es superior a 38°C o es de tipo progresivo, con exclusión de la del primer día.

Al analizar nuestra morbilidad podemos ver, que es relativamente baja y que comparada con la de otros autores dicha morbilidad en forma global es más o menos igual que en otras instituciones, o tal vez un poco más baja, pero tomando en cuenta que varias de las pacientes que presentaron estas complicaciones tenían antecedentes patológicos de importancia preoperatorios que en forma directa o indirecta también contribuyeron a los problemas que se presentaron posteriormente.

Por otro lado, un dato muy alentador en nuestro servicio, es que la mortalidad en estos últimos años por causa de histerectomía fué de 0.

DIAS DE DURACION DE LA SONDA VESICAL

	<u>Casos</u>	<u>%</u>
De 12 a 24 horas -----	445	84.92%
DE 1 A 5 días -----	60	11.45%
De 6 a 12 días -----	19	3.62%

Solamente hubo necesidad de usar la sonda vesical por más de 24 horas, en aquellas pacientes que presentaban algún problema urológico, el cual se confirmó posteriormente. En relación con lo anterior, hay que tener presente lo que menciona el Dr. Gutierrez Murillo, en relación a la frecuencia con que se presentan las retenciones de orina en el postoperatorio, y que la forma de detectarlas es medir la orina residual la que siempre estará aumentada (53).

Lo que se refiere al uso de antibióticos, tanto de tipo profiláctico como terapéutico, se describe en el siguiente cuadro:

USO DE ANTIBIOTICOS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

	<u>Casos</u>	<u>%</u>
No se usaron -----	295	56.29%
Profilácticos -----	192	36.64%
Terapéuticos -----	37	7.06%

Con relación al cuadro anterior podemos ver que cuando se utilizan antibióticos en forma terapéutica existe una morbilidad más o menos similar en relación con las pacientes a las cuales no se les administró ningún tipo de antibiótico. Por otra parte cuando los antibióticos se administraron en forma profiláctica presentaron algunos problemas de morbilidad aumentada en forma considerable, sin embargo hubo otro porcenta-

je que respondió adecuadamente al uso de estos antibióticos.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS HISTE-
RECTOMIZADAS

<u>Diagnóstico patológico</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
Fibromiomatosis uterina -----	94	17.93%
Hiperplasia glandular simple del endometrio -----	86	16.41%
Hiperplasia glandular polipoide del endometrio -----	92	17.55%
Endometritis crónica inespecífica -----	13	3.62%
Adenomiosis basal -----	27	5.13%
Quieste y/o tumor ovárico -----	45	8.58%
Endometriosis pélvica -----	30	5.72%
Ecto-endocervicitis crónica -----	25	4.77%
Carcinoma in situ del cuello uterino -----	40	7.63%
Adenocarcinoma papilar bien diferenciado del endometrio -----	7	1.33%
Adenocarcinoma pseudomucinoso de ovario ----	8	1.52%
Carcinoma medular indiferenciado del ovario-	11	2.09%
Cistoadenoma seroso bilateral del ovario ---	10	1.90%
Teratoma adulto -----	3	0.57%
Leiomioma uterino de baja malignidad----	7	1.52%
Polipos adenomatosos de endometrio -----	20	3.81%

En cuanto a porcentajes de errores diagnósticos, nuestra relación esta por debajo de la emitida por otros autores como Ralph, Ramírez Soto, Shaw, Schneider, Te Linde (21,22,36,37). Se puede observar en tablas anteriores, que en las indicaciones quirúrgicas la mayor incidencia existía en la miomatosis uterina, hiperplasias endometriales y sangrados disfuncionales, que va de acuerdo o correlacionado con los resultados anatomopatológicos, los que nos habla que se tiene un buen nivel de diagnóstico y adecuada decisión quirúrgica según el caso lo amerite.

ESTADO DE LAS PACIENTES POST-HISTERECTOMIZADAS

	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Aceptación de su nuevo estado -----	507	97.7%
Muertes por cáncer de ovario -----	5	0.95%
Enviadas a la unidad de terapia intensiva -----	3	0.57%
Enviadas a cardiología por complicaciones cardiopulmonares -----	2	0.38%
Enviadas a la unidad de gastroenterología por presentar ileoparalítico-----	7	1.33%

SINDROME CLIMATERICO POST-HISTERECTOMIA

	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Trastornos psiconervioso y vasomotor -----	246	46.94%
Sin control (no acudieron a consulta) -----	179	34.16%
No presentaron sx. climaterico-----	99	18.89%

Al ver los cuadros anteriores podemos ver que la mayoría de las pacientes, tuvieron buena aceptación de su nuevo estado, y realmente fué mínimo el número de pacientes que tuvieron que ser mandadas a otros servicios.

Por lo que se refiere al síndrome climatérico, vemos que la mayor parte de las pacientes presentaron trastornos psico-nerviosos y vasomotores, pero lo importante es que estas acudieron a consulta para ser tratadas adecuadamente en nuestro servicio. Aunque hay que hacer notar una cosa muy importante - a este respecto, está bien demostrado que la histerectomía perjudica psicológicamente a la enferma, solo en proporción de su ignorancia; si desde un principio se le informa con toda claridad que únicamente pierde capacidad reproductiva pero queda absolutamente normal en todos los otros aspectos, su daño es mínimo.

En la mujer bien informada, su reacción psíquica es nula, o casi inexistente de ser multipara o estar en la época perimenopáusica. Por otra parte le corresponde al ginecólogo aclarar a sus pacientes, ideas erróneas que tienen sobre el tema como son:

- El útero es necesario para el buen funcionamiento de los ovarios.
- La circulación pélvica se perturba al faltar el útero.
- Es necesario conservar parcialmente el útero para evitar que recidiven los prolapsos.

- La menstruación elimina tóxicas.
- Las mujeres sin útero son frías y neuróticas.

Se le explica a la paciente que todas estas afirmaciones son erróneas, y se pide a los ginecólogos que tomen una actitud más razonable y científica ante la histerectomía.

Después de revisar todo este amplio mundo que es la histerectomía total abdominal, es importante sacar las conclusiones al respecto para obtener un criterio más concreto sobre esta revisión:

CONCLUSIONES

- 1.- Se debe entender por el término de "Histerectomía Total Abdominal", la operación ginecológica que implica la extirpación del cuerpo y cuello uterino únicamente por vía abdominal.
- 2.- En esta operación como en otras las indicaciones quirúrgicas deben ser precisas para justificar la histerectomía total abdominal.
- 3.- En todos los casos benignos debe realizarse la técnica intrafascial y dejar la extrafascial para aquellos casos que así lo indiquen.
- 4.- Evitar practicar la histerectomía abdominal subtotal, y cuando exista dificultad para realizar la total optar por practicar la histerectomía subtotal totalizada.

- 5.- En la actualidad no es aceptable dejar una cúpula vaginal sin fijación.
- 6.- En toda mujer joven con patología uterina benigna antes de tomar la decisión de realizarle una histerectomía, se deben considerar los siguientes parámetros:
 - Interesa conservar la función reproductora?
 - Interesa conservar la función menstrual?
 - Interesa conservar la función copuladora?
 - Se puede conservar la función Endócrino-Ováriaica?
- 7.- Puede ser candidata a la histerectomía total abdominal, - la mujer joven cuyos trastornos menstruales no han podido ser corregidos con tratamiento médico.
- 8.- Siempre se debe realizar una valoración cardiovascular - preoperatoria en toda paciente de 35 años en adelante, - para evitar problemas inesperados posteriores.
- 9.- No hacer uso indebido de la transfusión sanguínea, ésta solo se debe administrar, cuando así lo requiera el cuadro hematológico de la paciente.
- 10.- Nunca se deben fijar los pedículos de los anexos, de los vasos o de los ligamentos redondos a la cúpula vaginal.
- 11.- En toda paciente menor de 45 años de edad, y sin evidencia de enfermedad alguna de los ovarios, estos deberán de conservarse.

- 12.- No usar antibióticos profilácticos en forma indiscriminada, solo cuando realmente sea necesario, es más recomendable siempre practicar una buena asepsia y antisepsia de la región a operar y posteriormente durante la operación realizar una hemostasia correcta.
- 13.- Siempre que se deje una sonda vesical por más de 5 días nos habla de la existencia de un problema urológico y - en estos casos es recomendable la medición de la orina-residual.
- 14.- En caso de presentarse fiebre postoperatoria solo debetomarse en cuenta la que es mayor de 38°C y de aparición apartir del cuarto día postoperatorio.
- 15.- Al practicar la histerectomía total abdominal se le deben brindar las máximas ventajas a la paciente y no dejarle problemas de corrección a tiempos posteriores como la plastía perineal por ejemplo.
- 16.- Siempre que se realice una histerectomía total abdominal se deben tener excelentes cuidados preoperatorios y postoperatorios al igual que su técnica para tener éxito - completo en dicha intervención.
- 17.- A la paciente que es candidadta a la histerectomía total abdominal, siempre se le debe dar una explicación amplia de efectos y beneficios de la misma, para evitar problemas psicológicos posteriores en este tipo de pacientes.

- 18.- Notar que aunque en la mayoría de las pacientes operadas, no hubo problemas técnicos en el momento de la histere -
rectomía; en el caso de existir, hechar mano de las tácti -
cas quirúrgicas mencionadas en este trabajo que son de -
gran utilidad.
- 19.- Es interesante ver, que haciendo un adecuado diagnóstico
clínico preoperatorio, los resultados posteriores son me -
jores.
- 20.- No olvidar que el riesgo quirúrgico en toda paciente con
enfermedades preexistentes aumenta, por lo que se debe -
planear adecuadamente la operación y afinar los pasos -
técnicos de la intervención.
- 21.- Los cuidados preoperatorios como postoperatorios, son tan
importantes como la operación misma, para el éxito absolu -
to de la histerectomía.
- 22.- Las complicaciones postoperatorias generalmente son por
falta de cuidados técnicos a la hora de la intervención
quirúrgica.
- 23.- La discutible decisión de conservar o extirpar anexos, en
mi opinión debe ser valorada según el caso de cada pacien -
te, según los ovarios estén sanos y haya evidencia de -
funcionamiento, a través de la citología vaginal.
- 24.- No olvidar el aspecto psicológico de las pacientes, a las
que se les va a hacer histerectomía, ya que cuando son o -
rientadas adecuadamente por su médico, aceptan bien su -
operación

COMENTARIO

El objeto de haber practicado esta revisión de un lapso de 10 años, como es el caso del presente trabajo, traduce el esfuerzo de todo un equipo, que con su amplia experiencia y habilidad en el campo Médico-Quirúrgico, nos lega sus conocimientos, dicha revisión, nos entrega aspectos importantes de beneficio común.

El equipo médico al que me estoy refiriendo es el grupo del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de la Ciudad de México, dichos aspectos creo es conveniente mencionarlos:

- 1.- Hacen posible que día con día se obtenga el máximo de beneficio en pro de las pacientes, y a través del tiempo con su deseo de superación, preparación y afán de enseñanza, introduzcan modificaciones a las técnicas quirúrgicas y que se preocupen siempre por el mejor manejo pre, trans y postoperatorio.
- 2.- Que al médico que se encuentra en su etapa de formación le sea permitido participar de toda esa serie de artimañas, de las que se tiene que valer algunas veces el ginecologo, y que al mismo tiempo le sean transmitidos algunos "trucos" de experiencia y habilidad quirúrgica.

3.- También es importante señalar que durante la etapa de formación como Gineco-Obstetra le es entregado a cada alumno lo necesario para su completa preparación, y que el día de mañana, tendrá que poner en practica sus criterios y aplicar las normas de conducta que adquirió en esa etapa de preparación y autosuperación, para posteriormente poder obtener la responsabilidad de Gineco-Obstetra.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alvarez Bravo A: Conceptos Modernos sobre Cirugía Ginecologica VI Congreso Latino-Americano. San José, Costa Rica, 1970.
- 2.- Alvarez Bravo A; Histerectomía Total Abdominal. Actualizadas en Ginecología y Obstetricia. Asoc. Mex. Ginec. Obst. XXV Aniversario 55, 1970.
- 3.- Brunschwig A: Whither Gynecology. Am J Obst & Gynec. (1968):100,122.
- 4.- Alvarez Bravo A., Gutierrez Murillo E., López Santibañez, Vazquez E, Rovalo J, Ortega L, Quiroz R: Criterios y Técnicas en Cirugía Ginecológica. XVI Asamblea Nacional de Cirujanos. México DF., 1968.
- 5.- Lain Entralgo: Historia Universal de la Medicina. Vol 6 - Pag. 358, Salvat Ed. Barcelona, España 1971.
- 6.- Aparicio Jaramillo A, E Sánchez Torres, C Casas: Historia de la Obstetricia y Ginecología en Latinoamerica Pag 280-314, año 1969.
- 7.- Leonardo RA: Historia de la Ginecología. Pag.213-217, Salvat ED. Barcelona 1948.
- 8.- Usandizaga M: Historia de la Obstetricia y la Ginecología en España. Pag. 189-195. Labor, SA. Barcelona, España.

- 9.- Siebol E C J: Essai d'une Historie de Gýneologic/Obstetrie. Trad. Francesa, París, Steinhill 1891.
- 10.-Speert H: Obstetric and Gynecologic Milstones. The Mac Mi llon. Co New York 1958.
- 11.-Alvarez Bravo A: Histerectomia: Conceptos Generales en A-ctualización en Cirugía Ginecológica Pag. 142. Asociación Mexicana en Ginecología y Obstetricia Mex. DF 1981.
- 12.-Alvarez Bravo A: Operabilidad de Cánceres Ginecológicos. Gaceta Med. (1976),111:138.
- 13.-Alvarez Bravo A., E. Gutierrez Murillo: Cirugía Ginecológica en la Anciana. En Actualidades en Cirugía Ginecológica, pag 194. Asociación de Ginecología y Obstetricia. Mex. DF 1981.
- 14.-Jane F, M Desforges: Indications for Hysterectomy. New Engl J Med. (1993),328:856-860.
- 15.-Robson TB: Hysterectomy a Comparition and Indications, Complications and Mortality in Special in General Hospital - Service. Amer J Obstet Gynec. (1959),77:503.
- 16.-Bonney VA: Gynecological Surgery. Edit. Casell and Company LTD London 232,1952.
- 17.-Lee NC, Dicker RC, Robin GL, Ory HW: Confirmation of the Preoperative Diagnose for Hysterectomy Am J Obstet Gynecol (1984):150:283-7.

- 18.- Dicker RCC, Scally MJ, Greenspan JR: Hysterectomy Among Women of Reproductive Age. JAMA (1982), 284:323-7.
- 19.- Marroquin TA: Histerectomía Subtotal Revisión de 109 Casos. Ginec Obst Mex. (1948), 4:307.
- 20.- Scheinsider GT: Histerectomía por Padecimientos Benignos Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Edit. Asoc. - Mex. Gin-Obst XXV Aniversario 47,1970.
- 21.- Te Linde: Ginecología Operatoria Edit Bernardez Pag 325, 1966.
- 22.- Dexeus SF: Tratado de Ginecología. Edit. Salvat Pag 852, 1972.
- 23.- Kaser Otto y Ikle Franz Anton. Atlas de Operaciones Ginecológicas: Capítulo V Pag 66-84,1967.
- 24.- Perez JL, C Fernandez, R Blengio: 1 100 Histerectomías. Gin Obs Mex (1965), 20:59-76.
- 25.- Bear JL: Hysterectomy. Amer J Obstet Ginec (1954), 68:423.
- 26.- Jaser OA, IF Anton: Atlas de Operaciones Ginecológicas. Edit. Torey 70,1967.
- 27.- Richardson EH: A Simplified Technique for Abdominal Panhysterectomy. Surg Gynec Obstet. (1929), 48:252.
- 28.- Barros Paulo: Atlas de Operaciones Ginecológicas. Capítulo III, Pag. 104-111, 1986.

- 29.- Oldenhavé A, J B Jaszczyn, W Everaend: Hysterectomized Women with Ovarian Conservation Report More Severe Climateric Complaints than Do Normal. Climateric Women of Similar Age. *Am J Obstet Gynecol* (1993),168:765-771.
- 30.- Murta EF, M Freitas: Ovariectomy Cocomitant with Hysterectomy in the Pregnancy-Puerperium Cycle When to Indicate? *Rev-Paul-Med* (1991),109:117-8.
- 31.- Beard R W, R G Kennedy, R W Stones, V Rogers: Bilateral Oophorectomy and Hysterectomy in the Treatment of Intractable Pelvis Pain Associated with Pelvic Congestion. *Br-J-Obstet-Gynaecol.* (1991), 98:988-92.
- 32.- Reiter R, L Wagner, C Joseph, D O Gambone. Routine Hysterectomy for Large Asymptomatic Uterine Leiomata: A Reappraisal. *Obst-Gynecol* (1992), 79: 481-484.
- 33.- Metzger DA, BA Lessey, JT Soper, KS McCarty: Hormone-Resistant Endometriosis Following Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingoophorectomy: Correlation with Histology and Steroid Receptor Content. *Obstet-Gynecol* (1991),78:946-50.
- 34.- Gallo D: Implicaciones Sicológicas Relacionadas con Histerectomia. *Gin Obs Mex* (1969),26:437-452.
- 35.- Corres J, O Lelevier, E Chávez: Problemas que Presenta la Histerectomia Abdominal *Gin Obs Mex* (1969),25:57-71.

- 36.- Shaw J, J Honkin: Ginecología Operatoria. Edt. Salvat - 302,1970.
- 37.- Sereno J, JC Díaz de León: Morbi-Mortalidad en Cirugía - Ginecologica Vol Asoc. Exalumnos de Prof. Dr Alfonso Álvarez Bravo. Edit. Hosp Español Méx. 3:27,1977.
- 38.- Jones H, W Leo, J Doyle: Studies of Surgical Morbidity. Am J Obst Gynecol (1980),60:160-169.
- 39.- Schofield MJ, DJ Hennrikus, S Redman: Prevalence and - Characteristics of Women who have a Hysterectomy in a - Community Survey. Aust-N-Z-J Obstet-Gyneacol (1991),31: 153-8.
- 40.- Ramírez E, L Ricaud, JD Rodríguez: Histerectomía Abdomi- nial Gin Obs Mex (1966),21:573-581.
- 41.- Alvarez Bravo A, R Quiroz, A Correa, L Rodríguez: Las in fecciones Postoperatorias en Cirugía Ginecológica. Anuario Hosp. Esp. 1:317-343.
- 42.- Jr Orr, RW Holloway, PF Orr, JL Hulimon. Surgical Staging of Uterine Cancer: An Analysis of Perioperative Morbidity Gynecol-Oncol (1991),42,209-16.
- 43.- Browne DS, MI Frazer: Hysterectomy Revisited. Aust-N-Z-J Obstet-Gyneacol (1991),31:148-52.
- 44.- W Howard, S Mark, R Greenspan, S Maze: Hysterectomy Among Women of Reproductive Age JAMA (1982),248:323-27.

- 45.- Mendenhall WM, PJ Mc Carty, LS Morgan, W E Chafe, R Million: Stage IB or IIA Carcinoma of the Intact Uterine - Cervix Greater than or Equal to 6 cm in Diameter: Is Adjuvant Extrafascial Hysterectomy Beneficial ? Int-J-Radiat-Oncol-Biol-Phys (1991),21:899-904.
- 46.- Parys BT: Adverse Urinary Symptoms after Total Abdominal Hysterectomy-Fact or Fiction. Br-J-Urol (1992),69,106-7.
- 47.- Brown J, ED Gutierrez, JK Lee: Appearance of the Normal and Anormal Vagina after Hysterectomy. AJR-AM J-Roentgenol (1992),158,95-9.
- 48.- Michael L, M Leventhal, L Maurice: Total Abdominal and Vaginal Hysterectomy a Comparisons. Am J Obst-Gynec (1951) 61:289-299.
- 49.-White S, J Lawrence, E Wade: Comparison of Abdominal and Vaginal Hysterectomies. A Review of 600 Operations Obst-Gynecol (1971),37:530-537.
- 50.-Ramírez SE, RL Ricaud, SJ Rodríguez, JR Padilla: Histerectomía Abdominal Ginec Obst Mex (1966),21:573.
- 51.-Ramírez E, J Delgado, JP Gonzalez: La Histerectomía Total Abdominal en el Shock Bacterémico. Gin Obst Mex. (1967), 22:1653-1662.
- 52.-Joanne T, L Sime1, W Allen Addison: Who Should Have Intravenous Pyelograms before Hysterectomy for Benign Disease? Obstet-Gynecol (1987),69:541-545.

- 53.- Gutierrez Murillo E, D Gallo, J Longoitia: Mesa Redonda sobre Complicaciones Urológicas en Ginecología y Obstetricia. Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia. Edit. Asoc. Mex Ginec Obstet 175,1967.
- 54.- Cattani P, Di G Francesco, G Picculboni: The Psychological Reaction to Hysterectomy: Initial Results: Chir-Ital (1990),42:214-22.
- 55.- Queck M, E Weiss, P Berle: Local Administration of Metronidazole before Hysterectomy-Effect on Infections morbidity. A Prospective Study. (1991),51:839-42.
- 56.- Felding Ch, M Lars, H Tannesen: Influence of Alcohol Intake on Postoperative Morbidity after Hysterectomy Am J Obstet-Gynecol (1992),166:667-670.
- 57.- Metcalf MG, JH Livesey, Je Wells, V Braiden, SM Hudson. Premenstrual Syndrome in Hysterectomized Women: Mood and Physical Symptom Cyclicity J-Psychosom-Res (1991),35:555-567.
- 58.- Noumoff JS, A Menzin, J Mikuta, EJ Lusk: The Ability to Evaluate Prognostic Variables on Frozen Section in Hysterectomies Performed for Endometrial Carcinoma. Gynecol-Oncol (1991),42:202-8.
- 59.- Gannon MJ, EM Holt, J Fairbank, M Fitzgerald, MA Milne: A Randomised Trial Comparing Endometrial Resection and Abdominal Hysterectomy for Treatment of Menorrhagia BMJ (1991),303:1362-4.

- 60.- Reiter RC° SR Johnson, J Gambone: Ovarian Cancer in Woman with Prior Hysterectomy. *Obstet-Gynecol* (1992),79: 317-319.
- 61.- Martens MG: Vaginal Cuff Closure of Abdominal Hysterectomy: Comparing Sutures with Absorbable Staples. *Obstet-Gynecol* (1992),79:311-313.
- 62.- Kinney WK, EV Egorshin, D Ballard. Long-Term Survival - Management of Invasive Cervical Carcinoma Diagnosed at the Time of Simple Hysterectomy. *Gynecol-oncol*. (1992),44:24-7.
- 63.- Nagele F, P Husslein L: Visceral Peritonealization after Abdominal Hysterectomy a Retrospective Pilot Study. *Geburtshilfe-Frauenheilkd*. (1991),51:925-8.
- 64.- Novozhilov VA, EI Geitman: Pain Syndrome after Gynecological Operations. *Akush-Gynecol* (1991),10:61-4.
- 65.- Felding C, LM Jensen, H Tonnesen: Influence of Alcohol - Intake on Postoperative Morbidity after Hysterectomy. *Am J Obstet-Gynecol* (1992), 166:667-70.
- 66.- Nagarkatti RS, VR Ambiye, PR Vaidya: Rupture Uterus: Changing Trends in Etiology and Management *J-Postgrad-Med* (1991),37:136-9.
- 67.- Blomfiel T: Endometrial Resection on Abdominal Hysterectomy in Menorrhagia *BMJ* (1992),304:120-1.