

11217 *146*  
*2ej*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL DE LA MUJER  
SECRETARÍA DE SALUD



S. S. A.  
HOSPITAL DE LA MUJER  
DEPTO. DE ENSEÑANZA MÉDICA

HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL

Revisión de un año (1996)

TESIS

Investigador responsable:

M. C. VÍCTOR HUGO RUZ CERVERA

Para obtener el Diploma de Especialización en:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesora: Dra. María de Lourdes Martínez Zúñiga

México, D.F.  
1998



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

267633



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## PARÁBOLA DE LA EDUCACIÓN

Iba un hombre caminando por el desierto cuando oyó una voz que le dijo:

Levanta unos guijarros, mételos a tu bolsillo y mañana te sentirás a la vez triste y contento.

Aquel hombre obedeció. Se inclinó, recogió un puñado de guijarros y se lo metió en el bolsillo.

A la mañana siguiente, vio que los guijarros se habían convertido en diamantes, rubíes y esmeraldas.

Y se sintió feliz y triste.

Feliz, por haber recogido los guijarros; triste por no haber recogido más.

Lo mismo ocurre con la educación.

*William Cunningham*

## INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCCION.....</b>                                   | <b>1</b>  |
| <b>ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.....</b>                   | <b>3</b>  |
| <b>JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO<br/>DEL PROBLEMA.....</b> | <b>12</b> |
| <b>OBJETIVOS.....</b>                                      | <b>14</b> |
| <b>MATERIAL Y METODOS.....</b>                             | <b>15</b> |
| <b>RESULTADOS.....</b>                                     | <b>17</b> |
| <b>DISCUSION.....</b>                                      | <b>20</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                                   | <b>22</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>                                   | <b>28</b> |

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Histerectomía en general es una de las dos cirugías mayores más frecuentemente realizadas en la mujer, en el mundo, siendo la más común la histerectomía total abdominal, únicamente superada por la operación cesárea. Se calcula que a los 60 años, una de cada tres mujeres ha sido objeto de ésta operación en los Estados Unidos de Norteamérica, siendo la edad promedio de 42.7 años con una media de 40.9.<sup>1,7</sup>

La histerectomía como método quirúrgico para el tratamiento de patología orgánica uterina y cervical requiere un tiempo promedio de estancia hospitalaria de 5 días y un tiempo quirúrgico promedio de 80 minutos,<sup>19</sup> lo que ocasiona costos elevados para las Instituciones de Salud Pública, además de los costos indirectos vinculados con la pérdida de horas productivas de trabajo ya que el número de días de incapacidad varía entre 14 y 21 para una recuperación postoperatoria normal.<sup>11,16</sup> También se debe tener en cuenta la repercusión emocional, conyugal y social cuando se extirpa el útero, sin embargo los adelantos tecnológicos, el apoyo psiquiátrico, las mejoras en las técnicas anestésicas y a la amplia gama de antibióticos han condicionado una mayor libertad en las indicaciones, que ya no solo se circunscriben a la patología tumoral benigna y maligna, sino que en algunos países se utiliza como profilaxis del cáncer del cuello uterino o como control de la fertilidad.<sup>17</sup>

Aunque algunos autores consideran a la histerectomía como “mutiladora”, ésta es la que salva más vidas en la rama de la Ginecología y Ginecología oncológica.<sup>18</sup>

El propósito de este estudio es conocer la incidencia de la histerectomía abdominal en el Hospital de la mujer durante el año de 1996 y analizar las indicaciones más frecuentes para dicha cirugía, su mortalidad y morbilidad, la edad promedio de las pacientes, los hallazgos histopatológicos de las piezas quirúrgicas y su correlación diagnóstica con los diagnósticos preoperatorios.

## ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

La historia de la histerectomía ha sido reseñada por diversos autores, entre ellos Leonardo, Mathieu, Henrotin, Noble y Cianfrani. La histerectomía vaginal fue realizada muchos siglos antes de intentar la histerectomía abdominal. Sorano de Efeso amputó un útero gangrenoso en el siglo II d. C. El italiano Jacopo Berengario de Capri, efectuó una histerectomía vaginal en 1517 d.C. En 1600 Schenck de Grabenberg recopiló y publicó 26 casos de histerectomía vaginal. Esta cirugía fue realizada de forma esporádica durante los siglos XVII y XVIII. En 1829 Collins de la Universidad de Harvard, efectuó la primera histerectomía vaginal en los Estados Unidos, pero la paciente falleció. La extirpación abdominal del útero por leiomiomas o cualquier otra indicación se consideraba impracticable. En 1843 Esselman, de Nashville, extirpó con éxito un útero miomatoso invertido por vía vaginal. Obviamente, muchos úteros miomatosos nunca pudieron extirparse a través de la vagina. <sup>1,2,16</sup>

En 1825 Langenbeck intentó por primera vez extirpar el útero a través de una incisión abdominal, la operación fue realizada por un cáncer cervical avanzado, duró 7 minutos y la paciente falleció horas después. En agosto de 1843 Charles Clay de Manchester, Inglaterra efectuó una histerectomía abdominal. En noviembre del mismo año, Heath, también de Manchester, efectuó otra histerectomía abdominal. Ambas pacientes presentaban leiomiomas uterinos y ambas fallecieron como consecuencia de las hemorragias postoperatorias. Heath fue el primero en ligar ambas arterias uterinas.<sup>2</sup>

Un gran tumor miomatoso fue la primera indicación de la primera histerectomía abdominal publicada. En junio de 1853 Walter Burnham, de Lowell, Massachusetts, realizó la primera histerectomía abdominal supracervical exitosa por miomas, aunque no programada ya que el diagnóstico preoperatorio fue un tumor de ovario. Después de efectuar la incisión abdominal la paciente vomitó y se produjo la extrusión del útero leiomiomatoso a través de la incisión, el órgano no pudo ser repuesto en la cavidad abdominal y en consecuencia fue extirpado. Esta paciente sobrevivió. Gilman Kimball también de Lowell, fue el primero en diagnosticar correctamente miomas uterinos en el preoperatorio y efectuó una histerectomía abdominal para esa indicación el 1° de septiembre de 1853.<sup>1,2,16</sup>

Con el transcurso del tiempo la técnica de la histerectomía abdominal fue mejorando. La hemorragia comenzó a controlarse en 1864, cuando Koeberle, de Francia, introdujo su método para ligar el pedículo vascular mayor de la parte inferior del útero, ésta ligadura en masa alrededor del segmento inferior del útero con el cuerpo uterino amputado en la parte superior representó la técnica habitual para el control de la hemorragia. En 1889 Stimpson describió una técnica para la ligadura individual de las arterias uterinas y ováricas, ésta técnica logró reducir la incidencia de hemorragia postoperatoria. En 1888, Mary Dixon realizó la primera histerectomía abdominal total exitosa registrada en los Estados Unidos. Según Cullen, entre 1889 y 1906 se llevaron a cabo 969 histerectomías abdominales en el Hospital de Johns Hopkins, con una



mortalidad del 5.9%. Entre 1906 y 1909 la tasa de mortalidad disminuyó a menos del 1%.<sup>2</sup>

Durante las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía comenzó a ser utilizada con mayor frecuencia en el tratamiento de las enfermedades y los síntomas ginecológicos. En la práctica actual de la ginecología la aplicación correcta de los conocimientos en el campo de la fisiología y patología y de los métodos diagnósticos modernos, permite una selección más racional del tratamiento y la implementación de una terapéutica quirúrgica con indicaciones más precisas. <sup>1,2,10</sup>

La ultrasonografía transabdominal y endovaginal es la técnica estándar para la detección de patología orgánica uterina, cuyos criterios diagnósticos están bien descritos, sin embargo, a pesar del alto grado de sensibilidad para variaciones en la ecogenicidad uterina por ultrasonografía, se han encontrado estudios totalmente normales hasta en 22% de las pacientes con leiomiomas comprobados histopatológicamente. Los tumores pequeños, de menos de 2 cm suelen pasar inadvertidos. Los pólipos endometriales se presentan como sésiles o pedunculados, y los miomas polipoides submucosos pueden tener aspecto similar. La ultrasonografía no ayuda a distinguir de manera confiable entre adenomiosis y miomatosis de pequeños elementos (miomas menores de 2 cm).<sup>4,10</sup>

Con un mejor diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas, con el uso apropiado de las transfusiones sanguíneas y de los

antibióticos y con los progresos en el terreno de la anestesia, el cirujano moderno con experiencia puede efectuar una histerectomía con un riesgo relativamente escaso. La tasa de mortalidad relacionada con histerectomía en la mayoría de las Instituciones es de 0.5 a 2 por cada 1000 casos. Es posible no registrar ningún caso fatal en series de varios miles de histerectomías. Sin embargo, la morbilidad continúa siendo significativa, ya que varía desde 10 a 55% y se señalan como las más frecuentes a la infección y a la hemorragia. 3,12, 18,19.

En un gran estudio se reveló que el riesgo de morir en los 30 días siguientes a una histerectomía es seis veces mayor que en el resto de la población.<sup>6</sup> Sin embargo los aspectos más frecuentes de morbilidad se vinculan con hemorragia postoperatoria, que se calcula ocurre en el 2% de los casos, y morbilidad febril postoperatoria, en 15 a 38%. Se añade a la morbilidad de la histerectomía, la dependiente de lesiones incidentales a órganos adyacentes, que se calcula en 0.5%. En general, más de una de cada seis mujeres objeto de histerectomía pudiera estar expuesta al menos a una de las complicaciones postoperatorias antes mencionadas. También hay que tener presentes otros riesgos quirúrgicos como accidentes relacionados con la anestesia y tromboembolia pulmonar postoperatoria. La experiencia y pericia del cirujano ginecológico son determinantes para las tasas de morbilidad. 1,5,8,13,18.

La incidencia de enfermedad cardiovascular en premenopáusicas sometidas a histerectomía con retención de una o ambos ovarios aumenta casi al triple.<sup>14</sup> Se encuentran complicaciones psicológicas como depresión

y ansiedad, en casi 8 y 6% de las pacientes respectivamente, hasta un año después de la operación. También se registra una menor función sexual en 15 a 30% de los casos secundaria al procedimiento quirúrgico. <sup>15,17</sup>

La histerectomía total abdominal apropiadamente indicada y realizada, es de beneficio para pacientes con patología ginecológica diversa como son la adenomiosis, descenso uterino, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis pélvica, hemorragia uterina disfuncional, neoplasia intraepitelial cervical, cáncer cervicouterino invasor en fase temprana (estadios IB y IIA), hiperplasia adenomatosa de endometrio, adenocarcinoma endometrial, sarcoma del útero, tumores malignos de ovario y salpinges, enfermedad trofoblástica, sin embargo la miomatosis uterina sigue siendo la indicación más frecuente para la histerectomía abdominal en cerca del 67-70% de los casos, realizándose en el 82% de los casos entre los 35 a 54 años, utilizando en más del 75% de los casos la vía abdominal para la misma, sin embargo éste procedimiento suele indicarse para mejorar la calidad de vida, más que para resolver trastornos que la pongan en peligro, con excepción de la histerectomía indicada para complicaciones obstétricas, como la hemorragia uterina en el puerperio inmediato secundaria a atonía uterina, así como rotura uterina, dehiscencia de histerorrafia, acretismo placentario, embarazo ectópico y procesos sépticos severos, realizándose éste tipo de histerectomía más frecuentemente entre los 20 a 30 años de edad. <sup>1,3,5,9,16</sup>

Ranney señaló que es raro que en una paciente ginecológica que requiere una histerectomía se establezca un diagnóstico único. Entre 2,892

pacientes que requirieron una histerectomía sólo 127 tenía un diagnóstico único, habiendo establecido en los casos restantes entre 2 y 10 diagnósticos distintos. La realización frecuente de la histerectomía ha sido fuertemente cuestionada en los últimos 20 años. Se han cuestionado las indicaciones para la histerectomía y también los motivos del cirujano que decide realizarla. Además se ha cuestionado que el beneficio en términos de salud justifique los costos económicos. La histerectomía en ningún caso debe ser llevada a cabo sin indicaciones apropiadas. 9,10,11

Los únicos términos adecuados para calificar el vocablo “histerectomía” son “total” o “subtotal” y “vaginal” o “abdominal”. El término “histerectomía” es un sustantivo que no puede ser convertido en verbo (es decir, “histerectomizar”). La extirpación de los anexos debe ser calificada específicamente como “unilateral” o “bilateral” y como “salpingectomía”, “ooforectomía” o “salpingooforectomía”. 1

La histerectomía total siempre ha sido el procedimiento de elección para el tratamiento de un proceso maligno del útero. En la medida en que la histerectomía abdominal se ha convertido en una operación relativamente segura en manos de un cirujano competente, en las últimas décadas se ha observado un preferencia creciente por la histerectomía total en lugar de subtotal para el tratamiento de las enfermedades uterinas benignas. Actualmente más del 99% de todas las histerectomías abdominales son totales. 1,3

Si el cirujano se encuentra con dificultades técnicas intraoperatorias o es informado por el anestesiólogo de que la condición de la paciente es crítica puede llevar a cabo una amputación subtotal rápida del cuerpo del útero. Esta medida es en beneficio de la paciente.<sup>1,19.</sup>

Los objetivos de la histerectomía abdominal son:<sup>1,16</sup>

Extirpar el útero a través de una incisión abdominal.

Evitar una pérdida de sangra excesiva o innecesaria.

Evitar la contaminación bacteriana mediante técnica aséptica.

Evitar lesiones innecesarias de los tejidos y estructuras adyacentes.

Restaurar la anatomía normal en la medida de lo posible.

Preservar o mejorar la función y evitar las disfunciones postoperatorias.

Detectar y tal vez corregir otras enfermedades y anomalías.

Diversas técnicas para histerectomía abdominal permiten cumplir éstos objetivos. La técnica de Richardson se considera clásica, la cual se describe en libros de cirugía ginecológica. Es importante prestar especial atención a la aponeurosis pubovesicocervical, descrita por Richardson en

1929, ya que existen dos técnicas para la extracción del cuello uterino. la técnica intrafascial o intraaponeurótica en la que se extirpa el cuello uterino mediante la colocación de clamps (pinzas de Ochsner o Heaney) sobre el ligamento cardinal por debajo de la aponeurosis pubovesicocervical, ésta técnica puede ser empleada en casi todos los casos cuando la histerectomía se realiza por una enfermedad benigna. En caso contrario se utiliza la técnica extrafascial o extraaponeurótica para extirpar el cuello uterino. 1

Inverson y cols., del Departamento de Obstetricia y Ginecología del "New England medical Center de Boston, Massachusetts, reportan de un estudio con 154 pacientes sometidas a histerectomía abdominal, que el promedio de edad fue de 39.2 años, siendo las principales indicaciones: miomatosis (57.7%), sangrado uterino anormal (28.5%), masa anexial (5.8), enfermedad pélvica inflamatoria (6.4%) y endometriosis (1.2%). Encontró una morbilidad febril (fiebre de 38°C o mayor, después de 48 horas del postoperatorio) del 49.4%, 2 pacientes con lesión ureteral, una con lesión a vejiga, una con lesión al intestino y una con lesión al nervio femoral. 5

Coronel Brizio y colaboradores, en un análisis de 140 casos de histerectomía abdominal del Hospital "Dr. Miguel Dorantes Mesa", de la Secretaría de salud, encontraron un promedio de edad de 43.6 años, siendo la indicación más frecuente las lesiones premalignas del cuello uterino e infección por virus del papiloma humano en un 44.6%, seguidas por procesos tumorales benignos (51.2%) y procesos tumorales malignos con

el 4.2%, con una correlación diagnóstica clínico-histopatológica del 76.2%.<sup>17</sup>

Sahagun Quevedo y colaboradores, en un análisis de 1000 histerectomías de cuatro hospitales del ISSSTE encontraron como indicación principal a la miomatosis con un 61.2%, con una media de edad de 35 a 45 años, todas las histerectomías fueron totales siendo el 92.6% intrafasciales, la morbilidad global fue del 12.2% predominando la urosepsis y la mortalidad se presentó solo en un caso por coagulopatía por consumo.<sup>19</sup>

## JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Apenas 150 años después de la primera histerectomía, ésta se convirtió en la operación más común realizada en los estados Unidos, dando cuenta de alrededor de 750,000 cirugías en 1975. De 97 millones de mujeres de 15 o más en los Estados Unidos en 1985, aproximadamente 18.5 millones han sido sometidas a una histerectomía. <sup>67</sup>

El índice de histerectomía específico para cada rango de edad es bajo en mujeres menores de 25 años pero aumenta en mujeres mayores de 35, después de esa edad las mujeres por lo general han completado su vida reproductiva y además están expuestas a una mayor incidencia de enfermedades ginecológicas. <sup>1</sup>

El Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se considera un Hospital de Concentración de patología Gineco-Obstétrica, ya que es considerado como de especialidad en Ginecología y Obstetricia, siendo subsidiado en parte por el Gobierno del País, puesto que es para pacientes de escasos recursos económicos, por lo que son canalizadas al mismo numerosas pacientes de diversas Instituciones en búsqueda de un diagnóstico y tratamiento especializado.

Durante mi estancia en el Hospital de la Mujer, como Médico residente tuve oportunidad de observar el gran número de procedimientos quirúrgicos ginecológicos que se realizan diariamente, predominando la histerectomía total abdominal, notando así mismo la necesidad de realizar



un estudio que permita conocer la incidencia de dicha cirugía, así como cuáles fueron las principales indicaciones para la misma, el promedio de edad de las pacientes, la morbimortalidad, los hallazgos histopatológicos de las piezas quirúrgicas y su correlación con los diagnósticos preoperatorios..

## **OBJETIVOS**

### **I. GENERAL**

Determinar la incidencia de la Histerectomía total abdominal por patología ginecológica durante el año de 1996, en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, de la Ciudad de México.

### **II. ESPECÍFICOS**

a) Determinar cuáles fueron las indicaciones más frecuentes para realizar la Histerectomía total abdominal por patología ginecológica.

b) Conocer el grupo y el promedio de edad de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal indicada por patología ginecológica.

c) Conocer la mortalidad para la histerectomía total abdominal ginecológica.

d) Conocer las complicaciones más frecuentes para la histerectomía total abdominal ginecológica.

e) Conocer los hallazgos histopatológicos de las piezas quirúrgicas y correlacionarlos con los diagnósticos clínicos preoperatorios.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, en el servicio de Ginecología del Hospital de la mujer de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, D.F., en el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 1996.

Se revisaron expedientes de todas las pacientes de cualquier edad que fueron sometidas a histerectomía total abdominal ginecológica, obteniendo los datos con la ayuda del Departamento de Estadística y Archivo clínico del Hospital.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- a. Indicaciones preoperatorias para la Histerectomía abdominal de origen ginecológico.
- b. Edad de las pacientes.
- c. Resultado final del estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas.
- d. Complicaciones transoperatorias, postoperatorias inmediatas, mediatas y tardías.

A todas las pacientes sometidas a histerectomía ginecológica se les realizó ultrasonografía pélvica, papanicolaou y biopsia de endometrio, como parte del protocolo preoperatorio. Las pacientes con enfermedades médicas agregadas fueron controladas previamente por el servicio de medicina Interna del Hospital.

Se excluyeron del estudio las pacientes que por algún motivo no contaban con los datos completos en el expediente.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 1,023 cirugías ginecológicas durante 1996, de las cuales 577 fueron histerectomías en general, siendo 523 abdominales y 54 vaginales, por lo que la histerectomía total abdominal representó el 51.1% de la cirugía ginecológica. Todas las histerectomías fueron totales, predominando la técnica extrafascial en un 73%.

De las 523 histerectomías abdominales ginecológicas, 366 (70%) se indicaron por miomatosis uterina, siendo en todos los casos sintomática, predominando las alteraciones menstruales del tipo de la hiperpoliproiomenorrea en un 61%, siguiendo la pesantez abdominal con un 19%; 57 (11%) se indicaron por adenomiosis; 42 (8%) por adenomiosis más miomatosis; 8 (1.5%) por cáncer cervicouterino; 19 (3.5%) por neoplasia intraepitelial cervical; y 31 (6%) por otras patologías que incluyen: cáncer de ovario (17), endometriosis (5), cáncer de endometrio (3), enfermedad pélvica inflamatoria (3), enfermedad trofoblástica (2) y sarcoma de útero (1). (Gráfica 1).

El rango de edad de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal ginecológica fue de 19 a 71 años con un promedio de 41, siendo el grupo más afectado el de 40 a 44 años con 147 pacientes (28.1%), siguiendo en orden de frecuencia el de 35 a 39 con 126 pacientes (24%); de 45 a 49 años con 120 (22.9%); de 30 a 34 resultaron 62 pacientes (12%); de 50 a 54 años, 35 (6.7%); de 25 a 29 años 16 (3.0%), de 55 ó más 14 (2.7%); y de 24 ó menos 3 pacientes ((0.6). (Gráfica 2).

Para la histerectomía ginecológica encontramos las siguientes complicaciones: lesión a vejiga urinaria en 11 pacientes (2.1%); lesión a un uretero en 2 pacientes (0.38%); infección de herida quirúrgica o de cúpula vaginal en 19 pacientes (3.6%); fistula vesico-vaginal en 3 (0.57%); no se registraron muertes secundarias a histerectomía abdominal ginecológica. Lo anterior no da un índice global de morbilidad para la histerectomía ginecológica del 6.7% y una mortalidad del 0%. (Gráfica 3)

Con respecto a los reportes histopatológicos de las piezas quirúrgicas, se registró lo siguiente: miomatosis en 355 piezas, sin embargo de las 366 histerectomías indicadas por miomatosis se encontraron, miomas únicamente en 299 piezas (81.6%) y de las 157 histerectomías restantes indicadas por otras causas se encontraron miomas en 56 (35.6%), dando una incidencia global de miomatosis del 67.8%. (Gráfica 4)

Se encontró adenomiosis en 265 piezas, con una incidencia global para ésta patología del 50.7%. Se encontró miomatosis en asociación con adenomiosis en 121 piezas, con una incidencia del 23.1%; pólipos endometriales en 201 (38.4%), la mayoría en asociación con adenomiosis o miomatosis. (Gráfica 4)

Se reportaron cambios cervicales asociados a la infección del virus del papiloma humano en 298 piezas lo que corresponde al 57%, lo que llama la atención ya que únicamente contaban con éste diagnóstico previo

a la cirugía realizado por estudio citológico (papanicolaou) 99 pacientes es decir el 19%. (Gráfica 4)

Se reportó un cistoadenocarcinoma de ovario izquierdo en estadio IIIB en una paciente de 57 años en la que se indicó la cirugía por miomatosis uterina.

En una paciente de 35 años se reportó además de miomatosis, adenocarcinoma bien diferenciado de endometrio.

En una paciente de 49 años se reportó además de leiomiomatosis uterina un leiomiosarcoma.

En las histerectomías indicadas por cáncer cervicouterino, neoplasia intrapitelial cervical, cáncer de ovario, endometriosis, enfermedad trofoblástica, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer de endometrio y sarcoma uterino hubo una correlación diagnóstica clínico-histológica del 100%. (Gráfica 4)

## DISCUSIÓN

La histerectomía total abdominal de causa ginecológica representó en 1996, en el Hospital de la Mujer el 51.1% de toda la cirugía ginecológica programada, y si incluimos las histerectomías vaginales, la histerectomía en general representaría el 56%, por lo que en nuestro hospital es la cirugía mayor más frecuentemente realizada después de la operación cesárea, lo cual concuerda con lo reportado por Thompson en 1993, por Podras y colaboradores en 1988, así como por Sahagun y Coronel en México en 1994. <sup>1,6,17,19</sup>

El 70% de las histerectomías abdominales fueron indicadas por miomatosis uterina, lo cual es similar a lo reportado por Amerikia en 1979 en su revisión de 10 años de histerectomías (67%), y es superior a lo reportado por Sahagun en su revisión de 1000 casos en el ISSSTE (61.2%) y por Inverson de Massachusetts (57.7%) en 1996, lo cual puede ser atribuible a la mayor tecnología y los mayores recursos con los que cuentan en dicho lugar, así como también a la diferencia de raza y al tipo de paciente que acude a nuestro Hospital. <sup>3,5,19</sup>

El promedio de edad que obtuvimos para las pacientes sometidas a histerectomía abdominal ginecológica fue de 41 años, encontrando al 75% entre los 35 y 49 años, siendo el grupo más afectado el de 40 a 44 años, lo cual es similar a lo reportado por la mayoría de los autores. <sup>1,3,5,17,19</sup>



Nosotros obtuvimos una mortalidad para la histerectomía abdominal ginecológica del 0%, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura Nacional e Internacional que va de 0.5% a 2 por 1000 casos.

12,17,18,19

Encontramos un índice global de lesiones a órganos adyacentes del 2.5% lo cual es alto en relación a lo reportado en la literatura mundial (0.5%) y por Ahued Ahued en México (1.2%), y similar a lo reportado por Coronel Brizio y colaboradores (2.9%). En éste estudio no contamos como complicación la urosepsis ni la fiebre, únicamente cuando se asociaba a datos francos de infección de la herida quirúrgica o de la cúpula vaginal (3.6%), lo cual es menor que lo reportado en la literatura internacional.

1,3,8,13,17,18

La miomatosis uterina se sobrediagnosticó clínicamente en un 122.4% y la adenomiosis se subdiagnosticó ya que de los 265 úteros en los que reporta adenomiosis, únicamente 99 contaban con el diagnóstico clínico preoperatorio (37.3%). Los pólipos endometriales no se diagnosticaron clínicamente. La Infección por el virus del papiloma humano se subdiagnosticó ya que se encontró en 298 piezas quirúrgicas y únicamente 99 pacientes (33.2%) contaban con éste diagnóstico.

## CONCLUSIONES

1. La incidencia global de histerectomía total abdominal ginecológica en el Hospital de la Mujer durante 1996 fue del 51.1%.

2. Las indicaciones más frecuentes para la histerectomía abdominal ginecológica fue la miomatosis uterina y la adenomiosis con un 89%.

3. La histerectomía total abdominal ginecológica predominó en la 5ª década de la vida con un promedio de edad de 41 años.

4. La mortalidad para la histerectomía abdominal ginecológica fue del 0%.

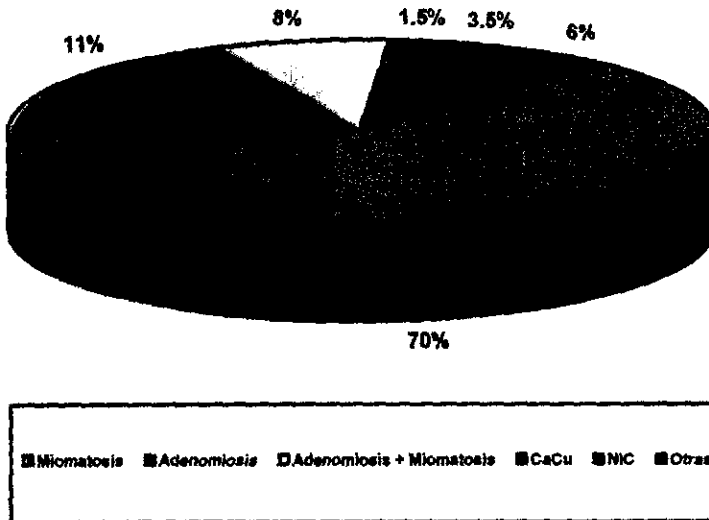
5. La histerectomía abdominal ginecológica tuvo una morbilidad global del 6.7%, siendo las complicaciones más frecuentes la lesión a vejiga urinaria con el 2.1% y la infección de la herida quirúrgica o cúpula vaginal con el 3.6%.

6. En el estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas se diagnosticó miomatosis uterina en el 67.8%, adenomiosis en el 50.7%, miomatosis en asociación con adenomiosis en el 23.1%; pólipos endometriales en el 38.4%; se reportaron cambios cervicales en relación al virus del papiloma humano en el 57%, no existiendo en dichas patologías una correlación diagnóstica clínico-histopatológica del 100%, sin

embargo para otras patologías como el cáncer cervicouterino, la neoplasia intraepitelial cervical, cáncer de ovario, endometriosis, enfermedad trofoblástica, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer de endometrio y sarcoma de útero hubo una correlación diagnóstica del 100%.

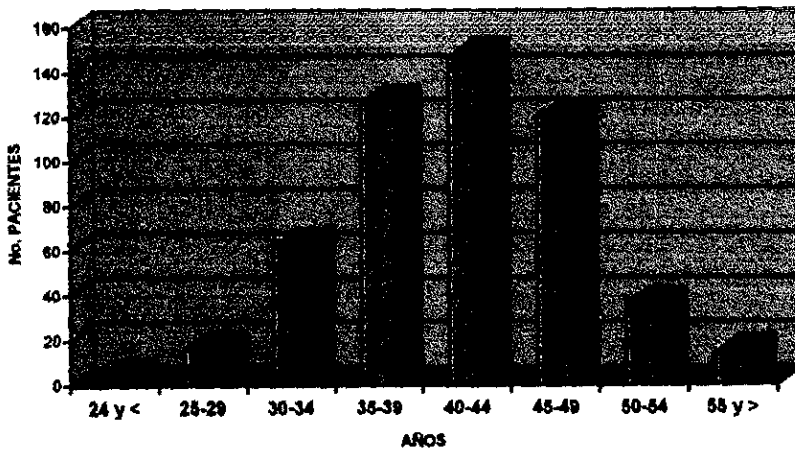
## ANEXOS

Gráfica 1

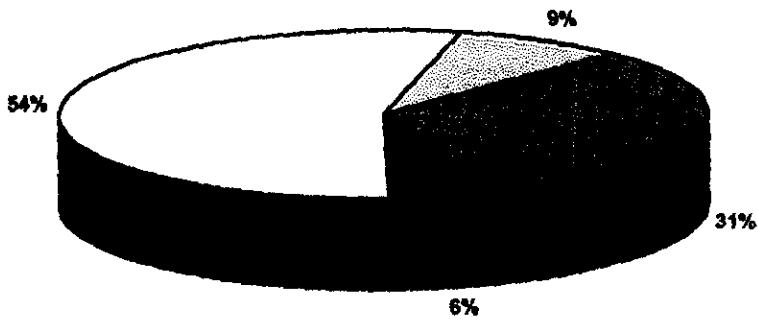
INDICACIONES MÁS FRECUENTES PARA HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL GINECOLÓGICA

HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 2

**EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL GINECOLÓGICA****HOSPITAL DE LA MUJER, 1996**

Gráfica 3

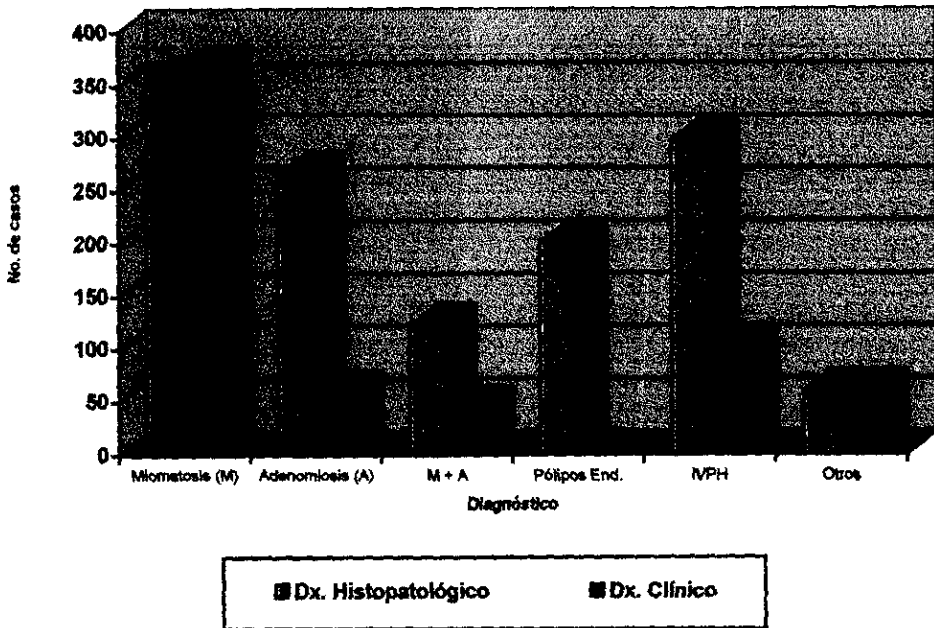
**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA HISTERECTOMÍA  
ABDOMINAL GINECOLÓGICA**

■ Lesión a vejiga ■ Lesión a uretero □ Infección ▣ Fístula vesico-vaginal

HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 4

## CORRELACIÓN DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICOS



## BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson J.D.: **Histerectomía**. Ginecología quirúrgica Te Linde. 7ª edición; 1993; 27; 616-19.
2. Rock J.A.: **Desarrollo histórico de la cirugía pelviana**. Ginecología quirúrgica Te Linde; 7ª edición; 1993; 1; 18-19.
3. Amerikia H, Evans T.N.: **Ten-year review of hysterectomies; trends, indications, risks**. Am. J. Obstet Gynecol, 1979; 134; 431.
4. mayer D. P., Shipilov V.: **Ultrasonografía y estudios de resonancia magnética en miomas uterinos**. Gynecol Obstet Clin., 1995; 4; 615-66.
5. Inverson et. al.: **Relative Morbidity of Abdominal Hysterectomy and Myomectomy for Management of Uterine leiomyomas**. 1996; 88 (3); 415-19.
6. Podras R, Hufnagel VG.: **Hysterectomy in the United States, 1965-84**. Am. J. Public Health 1988; 78; 852-3.
7. Wilcox L.S., Koonin LM., Podras R., Strauss LT., et. al.: **Hysterectomy in the United States, 1988-1990**. Obstet Gynecol 1994; 83: 549-55.
8. Dicker RC, et. al.: **Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States**. The Collaborative Review of Sterilization. Am. J. Obstet Gynecol 1982; 144; 841-8.
9. Carlson KJ., Nichols DH., Schiff I.: **Indications for hysterectomy**. N Engl. J. Med. 1993; 328; 856-60.
10. Lee NC., Dicker RC., Rubin GL., Ory HW.: **Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy**. Am. J. Obstet Gynecol 1984; 150; 283-7.
11. Mitchel DG., tarek IG.: **Impacto médico y socioeconómico de la miomatosis uterina**. Gynecol Obstet Clin., 1995; 4; 577-86.
12. Wingo PA., Huenzo CM., Rubin GL., Ory HW.: **The mortality risk associated with hysterectomy**. Am. J. Obstet Gynecol 1985; 152; 803-8.
13. Harris W.: **Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy**. Obstet Gynecol Surv 1995; 50; 795.805.
14. Carlson KJ, Miller BA., Fowler FJ.: **The Maine women's health study, I. outcomes of hysterectomy**. 1994; 83; 556-65.
15. Zussman L., et al.: **Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis**. Am. J. Obstet Gynecol 1981; 140; 725-9.
16. Thomas W. McDonald: **Histerectomía: Indicaciones, tipos y alternativas**. Ginecología Copeland; 1994; 41; 761-79.
17. Coronel BP., Palafox SF., Pérez CR.: **La histerectomía abdominal en el Hospital de Especialidades Dr. Miguel Dorantes Mesa, S.S. Informe de 140 casos**. Ginec. Obstet. México. Octubre 1994; 62; 296-9.
18. Ahued A. y col.: **Morbimortalidad en la histerectomía abdominal. Informe de 500 casos**. Ginec. Obstet. México, 1984; 52; 327.
19. Sahagun QJA y col.: **Análisis de 1,000 histerectomías. Simplificaciones técnicas y reflexiones**. Hospitales del ISSSTE. Ginec. Obstet. México. Febrero 1994; 62; 35-9.