

11217

150

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ"

**"EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ"**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

DRA. JUDITH DÉBORA LUNA GONZÁLEZ

ASESOR: DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA

AGOSTO 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**HOSPITAL GENERAL
"DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ"**

I. S. S. S. T. E.

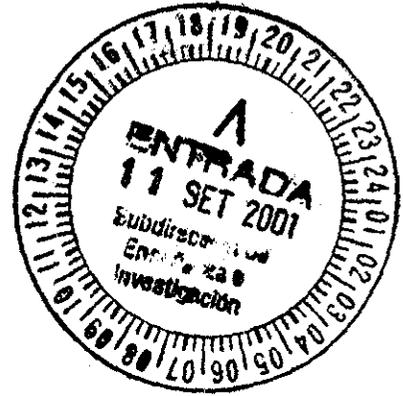
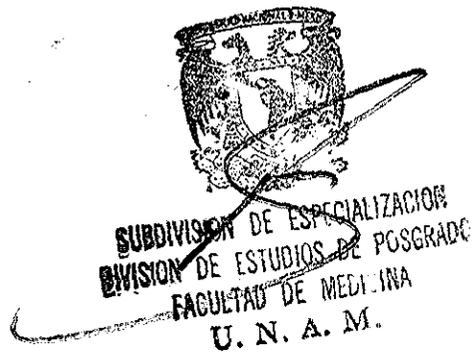
DR. MANUEL DE JESÚS UTRILLA AVILA
Coordinador de Enseñanza e Investigación

DR. RAFAEL RODRÍGUEZ LEDESMA
Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia

DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA
Coordinador del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia
Jefe del Servicio de Perinatología
Asesor de la presente tesis

DRA. JUDITH DÉBORA LUNA GONZÁLEZ
Médico Residente de Cuarto Año de la Especialidad de Ginecología y
Obstetricia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Mauricio R. Gutiérrez Castañeda

Vo. Bo. DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA
ASESOR DE LA PRESENTE TESIS

Rafael Rodríguez Ledesma

Vo. Bo. DR. RAFAEL RODRÍGUEZ LEDESMA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GIZ

Manuel de Jesús Utrilla

Vo. Bo. DR. MANUEL DE JESUS UTRILLA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

COORD. DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA DULCE FORTALEZA

**Ama el carácter, ama la fuerza,
la irrevocable serenidad
el brío, el nervio del alma incólumne
ante las rabias del huracán,
los desamparos de las catástrofes
y las bermejas furias del mal.**

**Pero sé firme, diáfananamente,
indomeñable, con suavidad:
no la ceñuda playa de rocas,
agria y soberbia, brusca y rival,
sino la playa de arena humilde
en donde muere vencido el mar.**

I. INDICE

1. RESUMEN7
2. SUMMARY8
3. INTRODUCCIÓN9
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
5. RESULTADOS18
6. DISCUSIÓN20
7. CONCLUSIÓN23
8. BIBLIOHEMEROGRAFÍA.....	24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. RESUMEN

La histerectomía es la cirugía ginecológica más practicada. Las indicaciones más frecuentes son leiomiomatosis, prolapso genital y carcinoma cervical y uterino. Con el incremento en la frecuencia de la histerectomía en los últimos 50 años, la técnica ha sido criticada. La necesidad y las indicaciones del procedimiento son cuestionadas por la paciente y discutidas duramente en la literatura médica. Con los adelantos médicos, la morbilidad-mortalidad atribuibles a la cirugía han disminuido significativamente. Las indicaciones de la histerectomía deberán ser valoradas críticamente, para reducir las intervenciones injustificadas.

OBJETIVO: Conocer las indicaciones de la histerectomía y sus complicaciones en un hospital de segundo nivel.

ESTUDIO: Retrospectivo, transversal y clínico. Se incluyeron 193 mujeres, de 27 a 76 años, sometidas a histerectomía total por padecimientos benignos y premalignos de útero de octubre 1999 a julio 2001.

RESULTADOS: El grupo de edad de 41 a 45 años predominó (63%). El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue por padecimientos benignos (miomatosis uterina con 91.7%). La vía de abordaje que predominó fue la abdominal con 90.6% sobre la vaginal 9.4%. Las complicaciones fueron el 11.9%, predominando la hemorragia transoperatoria.

CONCLUSIÓN: En nuestro hospital la principal indicación de la histerectomía total, es por padecimientos benignos. La histerectomía abdominal constituyó el tratamiento de elección en los diagnósticos de miomatosis uterina, así como de las displasias cervicales y uterinas. En todos nuestros casos el diagnóstico clínico, coincidió con el diagnóstico anatomopatológico.

Palabras clave: histerectomía, indicaciones, miomatosis uterina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. SUMMARY

The hysterectomy is the practiced gynecological surgery. The most frequent indications are leiomyomatosis, genital prolapse and cervical and uterine carcinoma. With the increment in the frequency of the hysterectomy in the last 50 years, the technique has been criticized. The necessity and the indications of the procedure are questioned by the patient and discussed difficultly in the medical literature. With the medical advances, the attributable morbidity-mortality to the surgery has diminished significantly. The indications of the hysterectomy will be valued critically, to reduce the unjustified interventions.

OBJECTIVE: to Know the indications of the hysterectomy and their complications in a hospital of second level

STUDY: Retrospective, traverse and clinical. 193 women were included, of 27 to 76 years, subjected to total hysterectomy for benign sufferings and uterus dysplasias of October 1999 to July 2001.

RESULTS: The age group of 41 to 45 years prevailed (63%). The diagnosis more frequent prequirúrgico was for benign sufferings (uterine myomas with 91.7%). The boarding road that prevailed was the abdominal one with 90.6% on the vaginal 9.4%. The complications were 11.9%, prevailing the hemorrhage transoperative.

CONCLUSION: In our hospital the main indication of the total hysterectomy, is for benign sufferings. The abdominal hysterectomy constituted the election treatment in the diagnoses of uterine myomas, as well as of the cervical and uterine dysplasias. In all our cases the clinical diagnosis, coincided with the diagnosis hystopatology.

Keywords: hysterectomy, indications, leiomyomas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. INTRODUCCIÓN

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

Junto con la césarea y la colecistectomía. La histerectomía es actualmente la intervención más practicada en los países desarrollados (1)

Con el incremento en la frecuencia de la histerectomía en los últimos 50 años, la técnica ha sido criticada. La necesidad y la indicación de la histerectomía son cuestionadas por las pacientes y han sido discutidas duramente en la literatura médica y general (2). La histerectomía conlleva un grado de morbilidad y, aunque con los adelantos médicos actuales la mortalidad haya disminuido significativamente (3).

Indudablemente, la histerectomía posee un efecto positivo en el bienestar de la paciente, debido a la desaparición de los síntomas; sin embargo, muchas mujeres consideran la extirpación del útero como una pérdida de su integridad física. También debemos considerar el costo de la intervención, incluyendo la estancia en el hospital y la pérdida subsiguiente de tiempo y trabajo (4). En los últimos años se ha prestado mayor atención a procedimientos alternativos, tales como el uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), ablación endometrial, miomectomía, técnicas para la incontinencia sin histerectomía, medidas conservadoras de cirugía cervical y cirugía laparoscópica (5).

INDICACIONES

Las indicaciones más frecuentes de la histerectomía son: miomas uterinos, prolapso uterino vaginal, carcinoma cervical y uterino, endometriosis y metrorragia funcional resistente a terapia conservadora (2). Bajo ciertas circunstancias, las indicaciones pueden incluir emergencias obstétricas, como la hemorragia postparto incontrolable o el aborto séptico (6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LEIOMIOMAS UTERINOS

Los miomas uterinos son la indicación más frecuente de la histerectomía. Estos tumores son benignos y el peligro de malignización es menor del 1%. Si debe realizarse cirugía en todos los casos y si debe ser una histerectomía o una miomectomía, depende del tamaño, número y localización de los miomas, de la edad de la paciente y del deseo de conservar la fertilidad, así como de los síntomas que puedan producir (7). Generalmente, un tamaño uterino de 12 a 14 cm o superior es indicativo de intervención quirúrgica (8). Un rápido aumento del tamaño del tumor es otra indicación, una vez que se haya excluido el embarazo en la mujer premenopáusica y el sarcoma en la paciente postmenopáusica (9).

Los síntomas que justifican la cirugía incluyen la metrorragia grave productora de anemias, el dolor debido a la torsión de un mioma con pobre aporte sanguíneo y la presión en la pelvis (10). Cuando los tumores uterinos son grandes y sobre todo irregulares, siempre es necesario averiguar si se trata de un posible tumor ovárico y no de un mioma (11). Aunque los miomas, generalmente, no continúan creciendo tras la menopausia (al menos en pacientes que no reciben reposición estrogénica), la evaluación de los órganos pélvicos, sobre todo los ovarios, se hace más difícil en presencia de un útero grande e irregular (12). La identificación de un tumor maligno se hace, por tanto, más difícil, siendo preferible la extirpación del útero (9 y 10).

PROLAPSO UTERINO

El prolapso de útero, con frecuencia asociado a cistocele y rectocele, se convierte en una indicación de histerectomía cuando el prolapso causa síntomas o cuando las estructuras prolapsadas se ulceran (13). Un cistocele o enterocele importantes es a menudo reparado más efectivamente cuando se realiza histerectomía vaginal (14).

En las mujeres jóvenes que desean tener más hijos, una cirugía del prolapso debe retrasarse hasta que termine el último embarazo (6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CÁNCER

El cáncer de endometrio es una indicación definitiva de histerectomía; si existe afectación del cérvix, debe realizarse una histerectomía radical, como en el cáncer cervical (9). Alternativamente, la extirpación de todo el útero, puede no ser necesaria en el carcinoma in situ del cérvix, siempre que el tejido afectado haya sido extirpado satisfactoriamente mediante conización, vaporización con láser o criocirugía. La hiperplasia endometrial con atipias es un precursor del carcinoma endometrial, siendo también una indicación de histerectomía (11). La hiperplasia sin atipias es generalmente reversible y puede ser tratada con terapia hormonal. Otra indicación de histerectomía es el carcinoma ovárico en un estadio superior al I (9).

ENDOMETRIOSIS

El tratamiento quirúrgico se sugiere si no hay deseo de embarazo, entonces la endometriosis avanzada puede ser tratada de manera efectiva con histerectomía y salpingooforectomía bilateral (15).

SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL

La metrorragia disfuncional uterina se trata primariamente con terapia hormonal. En casos dudosos, el legrado uterino está indicado para hacer el diagnóstico y para descartar el cáncer (4). Otra alternativa para tratar la metrorragia disfuncional es la ablación endometrial por histeroscopia (16). En pacientes en las que falla la terapia hormonal, se puede considerar la histerectomía (4).

INFECCIONES PELVICAS

Solo se realiza cuando hay una infección puerperal uterina que no se puede controlar mediante medidas conservadoras (6).

PROBLEMAS OBSTÉTRICOS

Se indica en pacientes que tienen un sangrado incontrolable, tras un aborto o cesárea, o por infección grave (8). Las causas del sangrado son, por lo general, una rotura amplia, una perforación uterina o un embarazo intersticial o cervical, así

como la mola hidatiforme invasora o en el coriocarcinoma (17) La histerectomía puede estar indicada en grandes miomas uterinos que tienen que ser atravesados en la cesárea cuando la paciente no desea tener más hijos, pero, debido a que la histerectomía obstétrica tras cesarea se asocia a una importante pérdida de sangre, ésta suele ser una indicación poco frecuente. En la infección uterina postparto (generalmente tras cesárea), con peritonitis y curso séptico, la histerectomía es la mejor opción para eliminar el foco de infección (6).

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

El dolor pélvico crónico que las pacientes localizan en el útero es una rara indicación de histerectomía, éstos casos están asociados a problemas psiquiátricos (13)

TUMORES TROFOBLÁSTICOS

La mola hidatiforme persistente y el coriocarcinoma se tratan, por lo general, con éxito mediante quimioterapia. Cuando aparecen títulos persistentemente elevados de gonadotropina coriónica fracción beta (HCG), entra en consideración la histerectomía si el útero es la localización del tumor (18)

ALTERNATIVAS

Las alternativas a la histerectomía han ido adquiriendo mayor significado en los últimos años (19). Éstas incluyen la extirpación de miomas por laparotomía, laparoscopia o histeroscopia, así como la ablación endometrial para el sangrado menstrual excesivo o la metrorragia postmenopáusica, como consecuencia de terapia hormonal (20). Las mujeres con sangrado perimenopáusico pueden tratarse con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas hipofisarias (GnRH) hasta que alcancen la menopausia (5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ELECCIÓN DE LA CIRUGÍA

El útero puede extirparse por vía vaginal o abdominal; la elección depende de la indicación de la cirugía, del tamaño y movilidad del útero, de la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas (21)

Con la excepción de las lesiones precancerosas del cérvix, el carcinoma uterino y ovárico se tratan normalmente por vía abdominal (9). La decisión depende de la filosofía, experiencia y entrenamiento del cirujano. El tamaño del útero puede reducirse por trozamiento o enucleación, mientras que el tamaño de la vagina puede ampliarse mediante una episiotomía (22)

La vía abdominal permite una mejor visión y una inspección anatómica más detallada de la cavidad abdominal (23). Distintas condiciones, como adherencias, enfermedades de los anexos como la endometriosis, tumores benignos o malignos, pueden ser abordados más satisfactoriamente (24). Esto también incluye el manejo de la incontinencia urinaria (13). Por todas estas razones, la vía más frecuente hoy en día es la vía abdominal (25). La cirugía vaginal es una vía más restringida; ésta evita una incisión abdominal, con sus posibles complicaciones, asociándose con una menor formación de adherencias, menor peritonitis e íleo, menor dolor en la herida, una recuperación más rápida y una hospitalización más breve (26 y 27). Además ésta técnica permite una colporrafia, si está indicado (13)

Después de comparar las ventajas y desventajas de las dos vías, una histerectomía vaginal puede realizarse si no hay contraindicación y es técnicamente posible (33). En pacientes que tienen problemas asociados, como adherencias, endometriosis, grandes miomas e incluso obesidad requieren la vía abdominal (23)

En 1989, Reich desarrolló la técnica de histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, para de ésta forma hacer posible una cirugía vaginal en estas pacientes. Éste método no se considera como un sustituto de la histerectomía vaginal, pero la hace posible bajo ciertas circunstancias (28). Con la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, la liberación de adherencias, cirugía de los anexos y los pasos superiores de la histerectomía se realizan vía laparoscópica facilitando la extirpación uterina a través de la vagina (22 y 23).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro concepto se basa en la histerectomía subtotal mediante laparoscopia descrita en 1991 por Semm, el objetivo de éste procedimiento es mantener intactas las estructuras parametriales alrededor del cérvix, con lo que se mantiene la estabilidad de la base de la pelvis y no se afectan ciertas funciones sexuales (31). Mediante éste método, todos los pasos de histerectomía se realizan laparoscópicamente y se extirpa el útero por trozamiento. La fase vaginal de la técnica consiste en la disección y extirpación del canal cervical. El cérvix como tal, así como las estructuras circundantes, se conservan (26).

El uso de la laparoscopia para la histerectomía es bastante reciente y los distintos métodos utilizados están en proceso de desarrollo, encontrándose en vías de elaboración las indicaciones precisas para dicha técnica (29 y 30)

La ventaja de la histerectomía total es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado y una localización de carcinoma y lesiones precancerosas. La incidencia de cáncer en el muñón cervical después de la histerectomía no se encuentra aumentada, pero el tratamiento de un carcinoma puede ser más difícil, debido a que se han modificado las relaciones anatómicas con la vagina y el recto, así como las posibles adherencias (9)

No obstante, el peligro de que se desarrolle un cáncer en el muñón cervical no es grande si se coagula el canal cervical profilácticamente (9).

La histerectomía subtotal tiene la ventaja de excluir la parte quirúrgica, durante la cual existen más probabilidades de que ocurran complicaciones, ya que no se realiza la extirpación del cérvix. Lesiones en la vejiga, uréter y recto es más fácil que ocurran en ésta fase de la operación (6)

Aunque otros investigadores no confirman éstos hallazgos, son interesantes, debido al desarrollo de la histerectomía subtotal vía laparoscópica. No obstante, mientras que éstas cuestiones no estén resueltas, no está justificado el abandono de la histerectomía total por la subtotal. La decisión de realizar una histerectomía subtotal en determinados casos es planteable, cuando los riesgos de una extirpación del cérvix son grandes, particularmente si las dificultades técnicas están provocadas por una grave infección pélvica previa, adherencias importantes y formación de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cicatrices o por un cáncer extendido y no resecable. La decisión se toma mejor durante la cirugía, después de haber seccionado los vasos uterinos (6).

OOFERECTOMÍA EN LA HISTERECTOMÍA

Debido a la falta de criterios aceptados, la extirpación profiláctica de los ovarios se realiza sobre base individuales. Existe un acuerdo general de que los ovarios deben conservarse en mujeres menores de 40 años y extirparse en pacientes postmenopáusicas. No hay un acuerdo general para el grupo de edad de los 40 años a la menopausia, particularmente para el grupo de mujeres comprendidas entre los 45 años y la menopausia, que generalmente ocurre a los 50 o 52 años (11).

Por lo general se acepta que la función ovárica se mantiene normal después de la histerectomía en la mayoría de las mujeres premenopáusicas. Parece, no obstante, que la producción hormonal puede estar disminuida y que en muy pocas mujeres la menopausia aparecerá unos pocos años antes. Éstos hallazgos son más marcados, sobre todo, en las mujeres premenopáusicas mayores, si sólo se conserva un ovario (6).

Generalmente, el uso de terapia sustitutiva con estrógenos no repone en su totalidad la función ovárica, principalmente en relación a la testosterona, cuyas acciones no están todavía del todo aclaradas. Aunque la terapia de reposición de estrógenos está bien tolerada por la mayoría de las mujeres, existen casos ocasionales de intolerancia, debiendo considerarse también los posibles efectos secundarios, como el aumento de riesgo de enfermedades biliares y la posibilidad de hipertensión y de carcinoma de mama (32).

El principal argumento para la ooferectomía profiláctica es la prevención del carcinoma de ovario y en segundo lugar prevenir el acortamiento de la vagina en apoyo de la satisfacción sexual de la paciente(34). El riesgo de cáncer de ovario es mayor que el presente en pacientes a las que no se les ha practicado una histerectomía y es el mismo si se extirpa uno o los dos ovarios (35).

En mujeres postmenopáusicas, en las que la producción de estrógenos es mínima, predominan las ventajas de la ooferectomía profiláctica, aunque no está

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

claro el significado de otras funciones del ovario, como la producción de androstendiona como precursor de la producción extraglandular de estrógenos en el tejido graso (32).

Si se extirpan los ovarios, se hará totalmente, ya que los ovarios residuales, como resultado de una extirpación incompleta, pueden causar dolor y dispareunia, dando lugar al llamado "síndrome del ovario remanente" (31)

El objetivo del presente estudio fue evaluar las indicaciones y complicaciones de la histerectomía, así como confirmar los diagnósticos preoperatorios con los hallazgos histopatológicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó en el Departamento de Archivo Clínico del Hospital General "Dr Fernando Quiroz Gutiérrez" 193 expedientes completos de pacientes sometidas a histerectomía en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de Octubre 1999 a Julio 2001.

Se investigó la indicación quirúrgica, vía de abordaje, complicación y diagnóstico histopatológico (Tabla I. Cédula de recolección de datos) Como método estadístico se utilizó porcentajes y promedios de datos para análisis de conclusiones.

TABLA I. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD	DIAGNÓSTICO	ABORDAJE	COMPLICACIONES	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. RESULTADOS

El grupo de edad de 41 a 45 años predominó con el 32.64%. GRÁFICA 1.

Los diagnósticos prequirúrgicos más frecuentes fueron miomatosis uterina (89.57%) GRAFICA 2.

La histerectomía abdominal se realizó en 175 pacientes (90.6%) y la histerectomía vaginal en 18 pacientes (9.4%) Gráfica 3.

El total de casos complicados fue de 23 (11.9%) TABLA II GRAFICA 4.

PATOLOGIA BENIGNA	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Miomatosis de grandes elementos	41	21.24
Miomatosis de medianos elementos	75	38.86
Miomatosis de pequeños elementos	57	29.53
Mioma abortado	3	1.55

PATOLOGIA PREMALIGNA	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Displasia leve NIC I	15	7.77
Displasia moderada NIC II	12	6.21
Hiperplasia adenomatosa	15	7.77

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

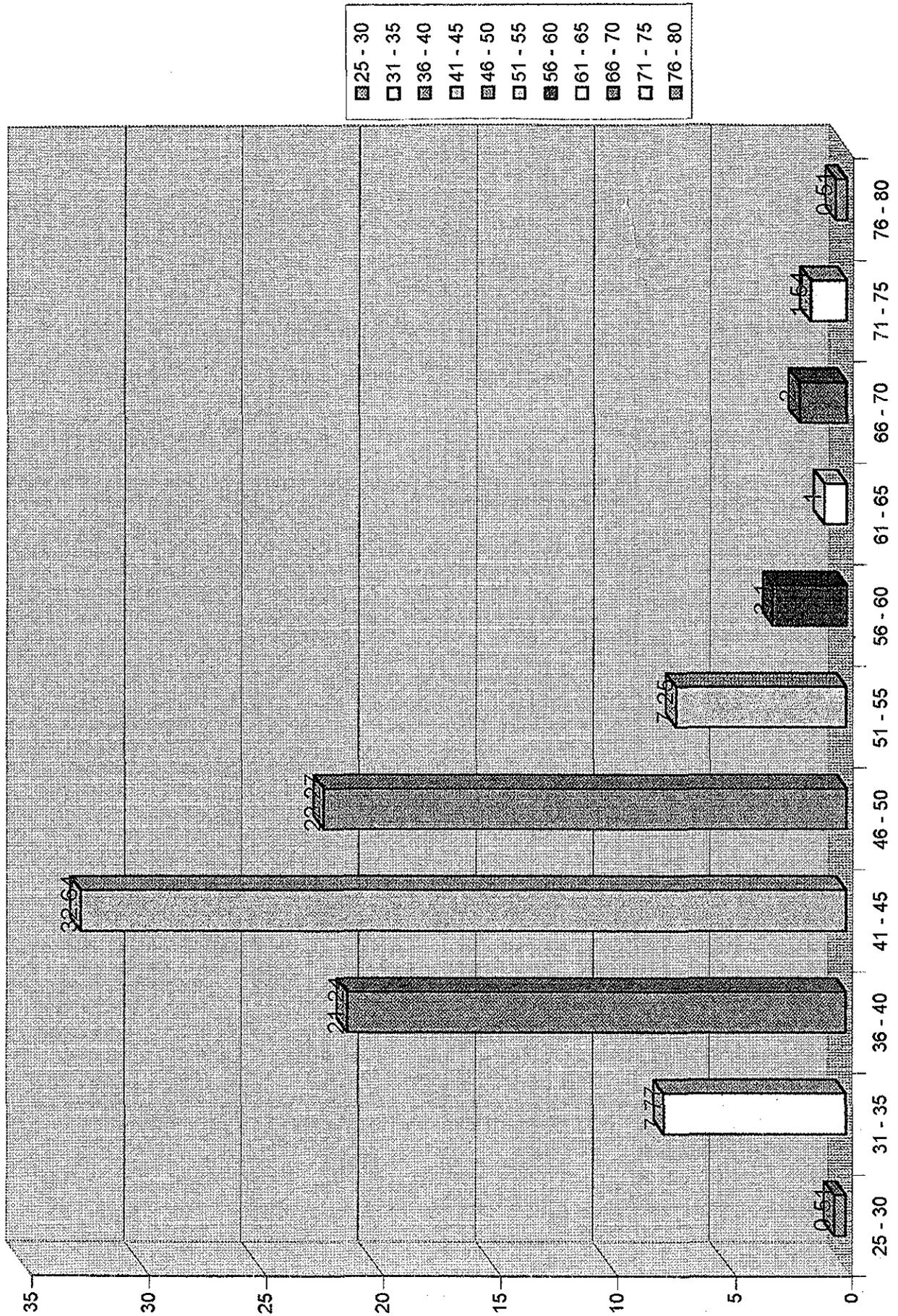
DISTOPIAS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Histerocele grado II	9	4.6
Histerocele grado III	9	4.6

OTRA PATOLOGÍA	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Endometriosis	1	0.51
DIU intramiometrial	1	0.51

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS



PORCENTAJES

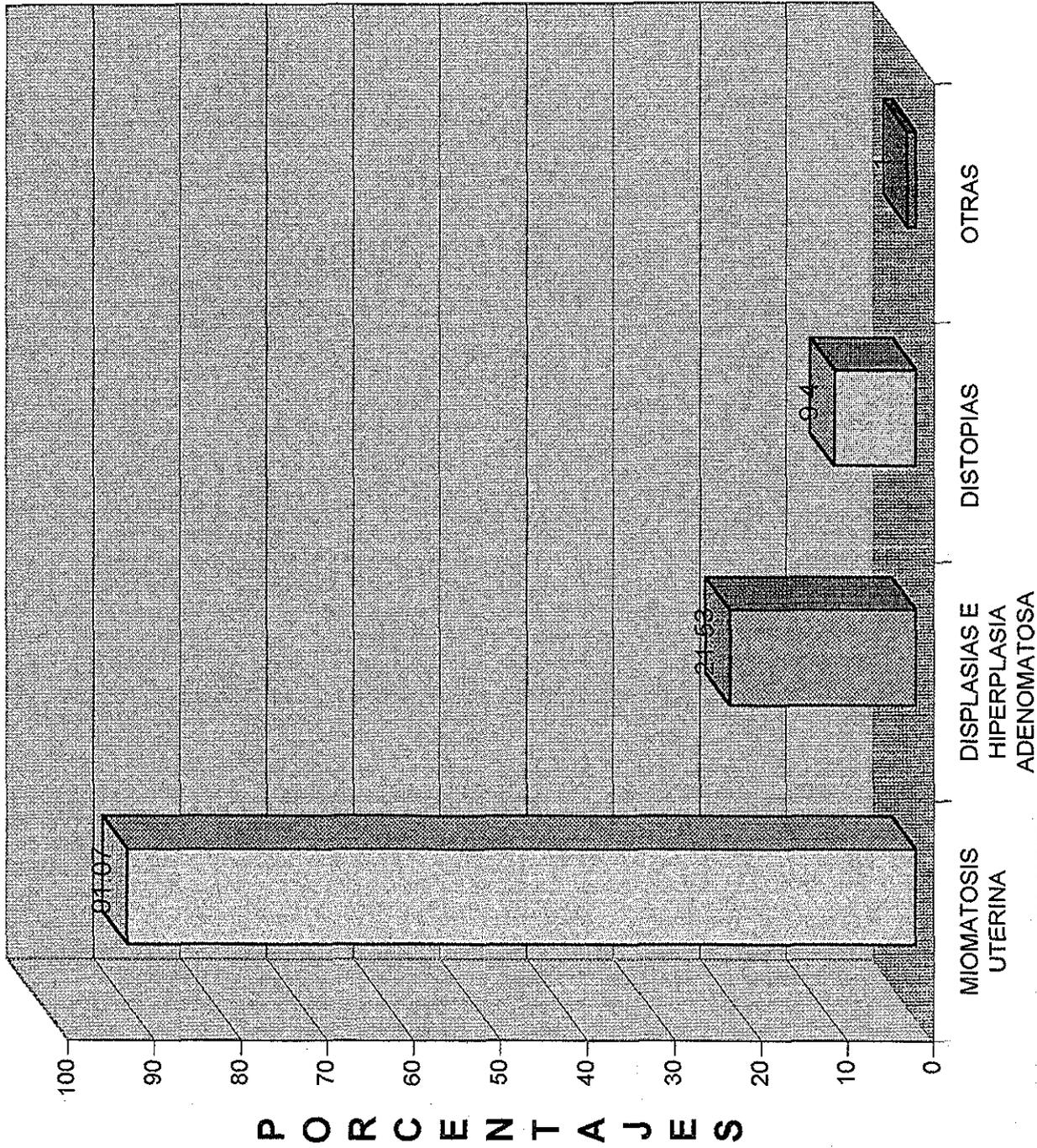
GRAFICA 1

AÑOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19-A

DIAGNOSIS ILLUS FREQUENTISSIMAS

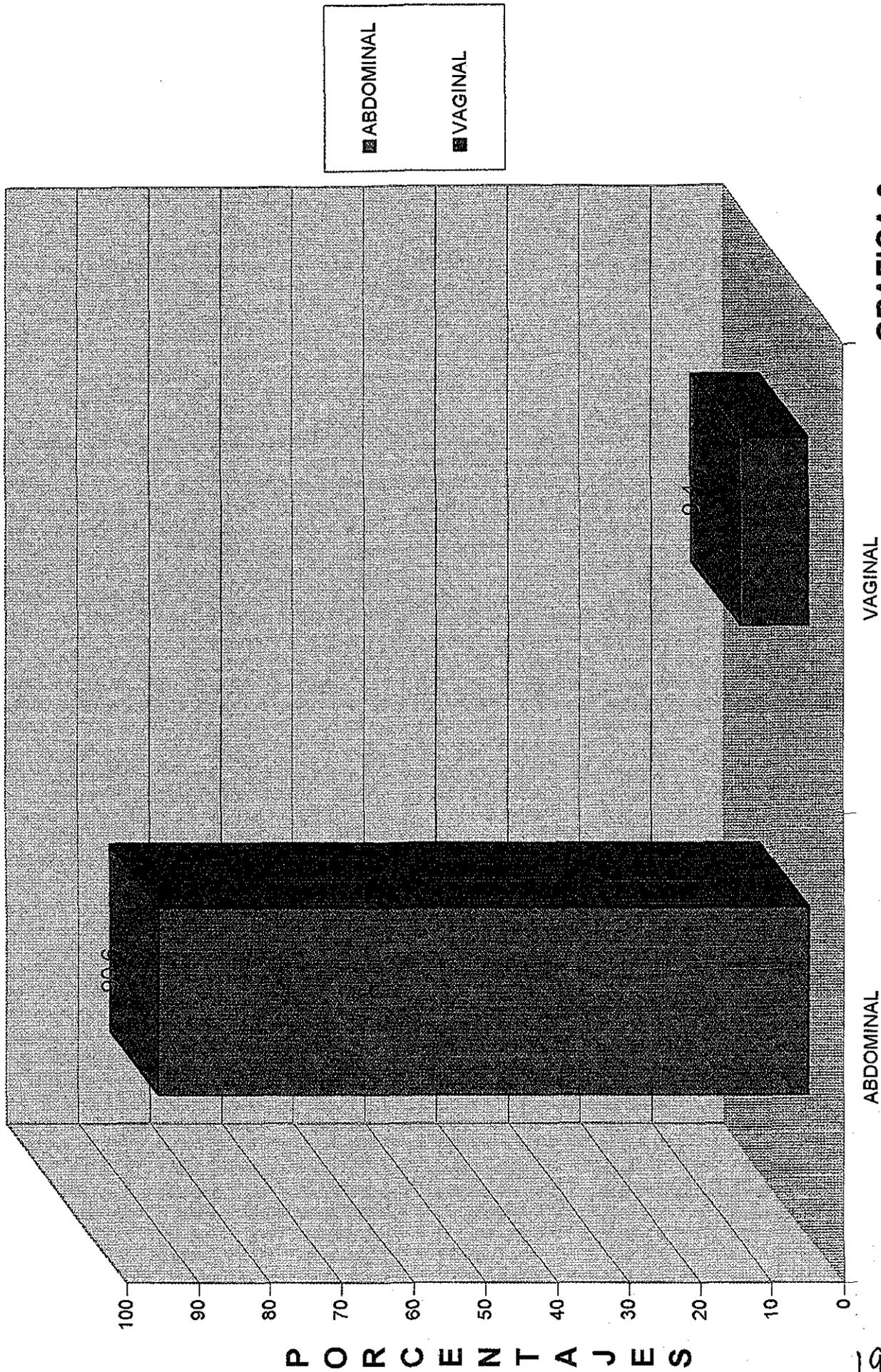


GRAFICA 2

DIAGNÓSTICOS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

VÍA QUIRÚRGICA



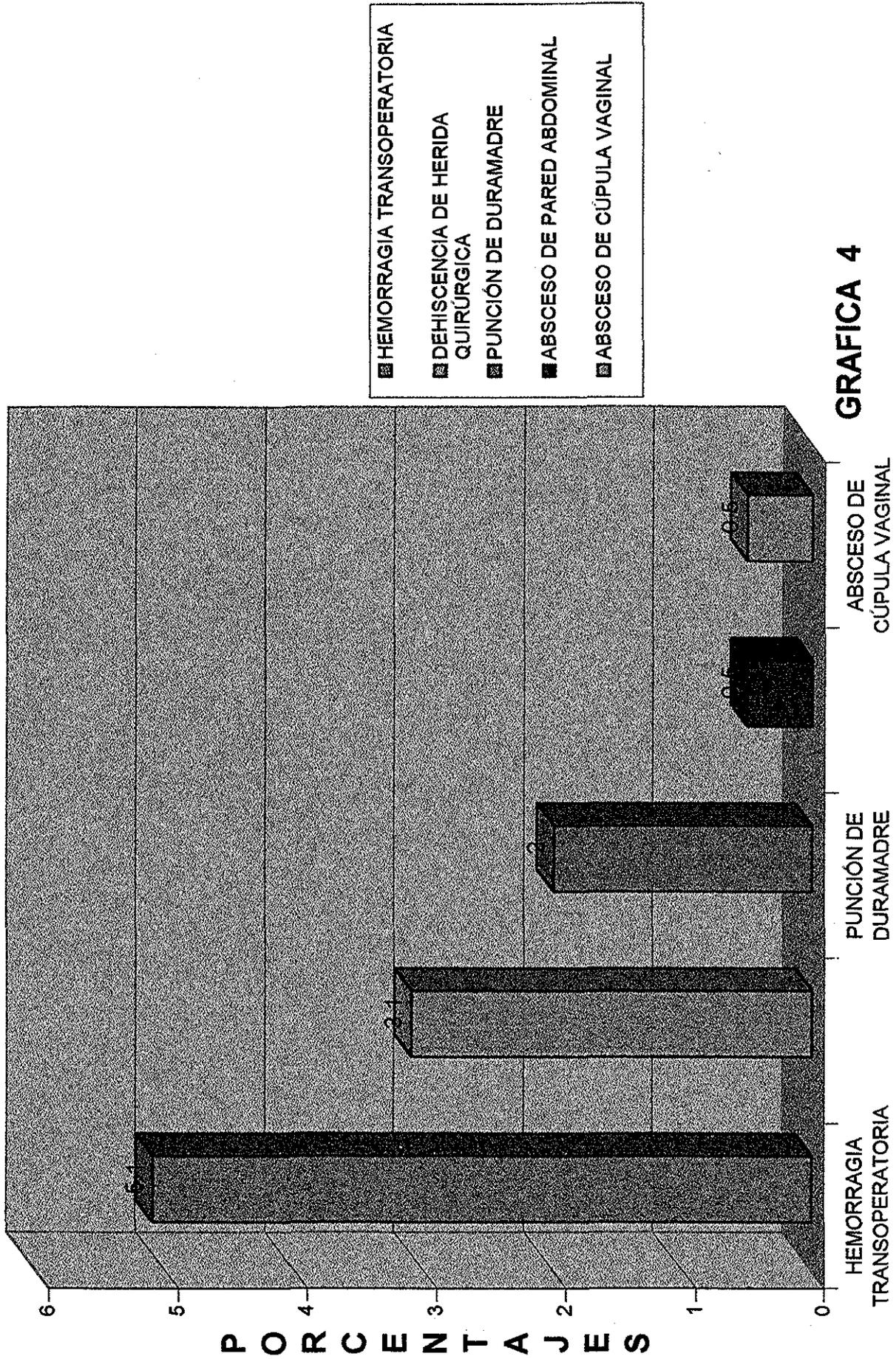
GRAFICA 3

ABORDAJE EMPLEADO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1970

COMPLICACIONES QUIRURGICAS



GRAFICA 4

COMPLICACIONES

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

6. DISCUSIÓN

El diagnóstico prequirúrgico más frecuentes fue miomatosis uterina, el cual coincide con lo reportado en la bibliografía (4,12,17 y 18). Observamos una correlación muy estrecha entre la presencia de miomatosis uterina y hemorragia uterina anormal, independientemente del tamaño del tumor y severidad de la hemorragia.

La sintomatología de la miomatosis uterina es la hemorragia uterina anormal la cual puede conllevar a un cuadro de anemia agudo o crónico ocasionando deterioro en la integridad de la paciente e incluso la muerte

La miomectomía puede ser una terapia alterativa a la histerectomía total y podría ser una opción por vía abdominal para la eliminación de los núcleos miomatosos conservando el útero y la fecundidad en mujeres en edad fértil y que no han satisfecho su vida reproductiva. Desgraciadamente, la miomectomía puede vincularse con mayor hemorragia que incluye el riesgo de transfusión, riesgo que puede disminuirse empleando cirugía laparoscópica y realizando miomectomía por laparoscopia utilizando energía bipolar. Además de que la recidiva de fibromas después de miomectomía es del 27%

En nuestro estudio predominó el grupo de pacientes con funcionamiento ovárico activo, por lo que consideramos conveniente antes del procedimiento quirúrgico ofrecerles alguna de las alternativas del tratamiento médico como la aplicación de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas hipofisarias (GnRH). Los que ya han demostrado su efectividad en el tratamiento de miomatosis uterina y hemorragia uterina anormal al provocar una menopausia transitoria (5).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los recursos tecnológicos médicos y quirúrgicos, en particular los segundos con invasión mínima, y las combinaciones de ambos tipos, aminoran el costo del diagnóstico de miomas sintomáticos. Se requiere más investigación para precisar si los esquemas cíclicos de tratamiento médico, controlarán a un subgrupo grande de mujeres para evitarles la intervención quirúrgica: es una necesidad fundamental estudiar la combinación del tratamiento médico y quirúrgico con invasión mínima (36)

Dentro de la patología premaligna como indicación para histerectomía en nuestro estudio se encontró la displasia e hiperplasia endometrial, diagnósticos que a largo plazo podrían dar lugar a cáncer cervicouterino y endometrial, respectivamente. Lo cual se está previniendo con éste procedimiento

Como se comentó previamente tuvimos 15 pacientes con hiperplasia endometrial a las cuales se les podría haber dado manejo con ablación endometrial pero desdichadamente este método solo se encuentra disponible en hospitales de tercer nivel y debido a la demanda que tiene el histeroscopia es muy remota ésta opción para nuestro número de pacientes. Sin embargo durante el procedimiento de la ablación pudiera haber el riesgo de dejar tejido endometrial el cual a largo plazo también podría evolucionar a cáncer. Y esto nosotros lo prevenimos con el tratamiento radical de la histerectomía (37).

Las distopias encontradas en el presente estudio fueron histeroceles grado II y III los cuales se trataron con histerectomía vaginal, de esta manera se corrigió tanto el problema de incontinencia, la sensación incómoda de cuerpo extraño y dispareunia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha mencionado en la literatura médica los beneficios de la histerectomía subtotal, sobre la función sexual de la paciente por lo cual habría que considerarla una alternativa, ya que todas nuestras histerectomías son totales. Sería importante que en un futuro se realizará esta técnica en patologías benignas y siempre y cuando el cérvix no esté comprometido. Incluso en beneficio de conservar la estática pélvica genital (38).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. CONCLUSIÓN

- 1) En nuestro hospital la principal indicación para realizar histerectomía fue por padecimientos benignos.
- 2) La histerectomía abdominal constituyó el tratamiento de elección en miomatosis uterina y displasias cervicales y uterinas
- 3) En todos los casos el diagnóstico prequirúrgico coincide con el diagnóstico histopatológico
- 4) Los procedimientos alternativos a la histerectomía en el manejo de los padecimientos uterinos no están a nuestro alcance

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. BIBLIOHEMEROGRAFIA

1. Easterday C., Grimes D., Riggs J. *Hysterectomy in the United States* Obstet Gynecol 1983;62:203.
2. Carlson K., Nichols D., Schiff D. *Indications of hysterectomy* N Engl J Med 1993;328:856.
3. Wingo P., Huerdo C., Rubin G. et al *The mortality risk associated with hysterectomy* Am J Obstet Gynecol 1985;152:803.
4. Lalonde A. *Evaluation of surgical options in menorrhagia* Br J Obstet Gynaecol 1994;101 (Suppl 11):8.
5. Stovall T., Ling F., Henry L. et al. *A randomized trial evaluating leuprolide acetate before hysterectomy as treatment for leiomyomas* Am J Obstet Gynecol 1991;164:1420.
6. Rock J. Y Thompson J. *Te Linde Ginecología quirúrgica* Octava edición Ed Panamericana pag 793-870.
7. Sawin S., Pilevsky N., Berlin J. et al *Comparability of perioperative morbidity between abdominal myomectomy and hysterectomy for women with uterine leiomyomas* Am J Obstet Gynecol Dec 2000,183(6) p 1448-55.
8. Lee Raymond *Atlas de cirugía ginecológica* Ed. Interamericana McGraw Hill p.114-158.
9. Shingleton H., Fowler W., Jordan J. *Oncología ginecológica* McGraw-Hill Interamericana p.130-137.
10. Ottosen C., Lingman G., Ottosen L. *Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome* BJOG (England), Nov 2000,107(11) p 1380-5.
11. Novack *Ginecología* Doceava edición Ed. Interamericana-Mc Graw Hill p.727-770.

12. Baskett T. *Surgical morbidity of hysterectomy for benign gynecologic disease* Obstet Gynecol, Apr 2000,95 (4 Suppl1) pS58.
13. Hefni M. Y El-Toukhy T. *Vaginal subtotal hysterectomy and sacrospinous colpopexy: an option in the management of uterine prolapse* Am J Obstet Gynecol Aug 2000,183(2) p.494-5.
14. Cosson M., Rajabally R., Querleu P et al. *Long term complications of vaginal hysterectomy a case control study* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol (Ireland), Feb 2001, 94(2) p239-44.
15. Vessey M., Villard-Mackintosh L., McPherson *The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study* Br J Obstet Gynaecol 1992.,99:402.
16. Brumsted J., Blackman J., Badger G et al *Hysteroscopy versus hysterectomy for the treatment of abnormal uterine bleeding a comparison of cost* Fertility and sterility 1996.,65.,2:310-316.
17. Dorsey J., Steingerb E. Y Holtz P. *Clinical indications for hysterectomy route: patient characteristics or physician preference?* Am J Obstet Gynecol 1995,173:1452-60.
18. Bachmann G. *Hysterectomy a critical review* J Reprod Med 90.,35:839
19. Conde-Agudelo *Intrafascial abdominal hysterectomy: outcomes and complications of 867 operations* Int J Gynaecol Obstet (Ireland) Mar 2000,68(3) p. 233-9.
20. Centerwall B. *Premenopausal hysterectomy and cardiovascular disease* Am J Obstet Gynecol 1981:139:58.
21. Bachmann G. *Hysterectomy A critical review* J Reprod Med 1990.,35:839.



22. Marana R., Bussacca M., Zupi E et al *Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: A prospective, randomized, multicenter study* American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 180; 2:1-9.
23. Ostrzenski A. *Laparoscopic total abdominal hysterectomy in morbidly obese women* J Reprod Med 1999;44:853-858.
24. Perin A.,Cucinella G., Venezia R.,et al. *Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: an assesment of the learning curve in a prospective randomized study* Hum Reprod, Dec 1999,4(12) p 2996-9.
25. Schofiel M., Bennet A., Redmans *Self-reporter long-term outcomes of hysterectomy* Br J Obstet Gynaecol 1991:98:1129-36.
26. Summitt R.,Stovall T.,Steege J.,et al *Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy shortened hospital stay,compared to abdominal hysterectomy* Obstetrics and ginecology. September 1999,1(3), p. 1-3.
27. Hidlebaugh D. Y Rayburn W. *Cost of different types surgical therapy for abnormal uterine bleeding* J Reprod Med 2000;45;3:163-168.
28. Lowell L. Y Kessler A. *Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. A suitable substitute for abdominal hysterectomy?* J Reprod Med, Sep 2000,45(9) p.738-42.
29. Bornstein S. y Shaber R. *Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy at a health maintenance organization cost-effectiveness and comparison with total abdominal hysterectomy* J Reprod Med 1995;40:435-438.
30. Chapron C., Fernández B., Dubuisson J *Total hysterectomy for bening pathologies direct costs comparison between laparoscopic and abdominal hysterectomy* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol (Ireland) Apr 2000,89(2) p.141-7.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

31. Weber A, Walters M, Schover L et al. *Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy* American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999;181;3:1-8.
32. Speroff T, Dwson N, Speroff L et al. *A risk-benefit analysis of elective bilateral oophorectomy: effect of changes in compliance with estrogen therapy on outcome* Am J Obstett Gynecol 1991;164:165.
33. Yuen P, Mak T, Yims, et al. *Metabolic and inflammatory responses after laparoscopic and abdominal hysterectomy* American Journal of Obstetrics and Gynecology 179 ;1-8.
34. Yamamoto R, Okamoto K, Ebina Y et al. *Prevention of vaginal shoring following radical hysterectomy* British Journal of Obstetrics and Gynaecology July 2000;107,pp 841-845.
35. Hollenbeck Z. *Ovarian cancer: prophylactic oophorectomy* Am J Obstet Gynecol, 1955;21;442.
36. Hutchins F. L. y Greenberg M. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia* 1995; 4,pp 577-728.
37. Brook P.G. y Clouse J. *Hysterectomy VS resectoscopic endometrial ablation for the control of abnormal uterine bleeding*. J Reprod Med 39:755,1994.
38. Thakar R., Manyonda I, Stanton S. et al. *Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions* Br J Obstet Gynaecol 1997;104:983-7.

TESIS CON
 FALLA DE CENSOR