

11207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

34

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

LESIONES DE VIAS URINARIAS EN CIRUGIA
GINECOLOGICA POR PARTE DE
CIRUGIA GENERAL

TESIS PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

PRESENTAN:

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DR. ARTURO ENRIQUE BECERRIL LERIN
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

la Dirección General de Bibliotecas de la
... difundir en formato electrónico e impreso el
... de mi trabajo recepcional.

ASUNTO: Reserva de tesis

FECHA: Arturo Escobar

NUMERO: 25-11-02

ASUNTO: [Firma]

TEMA REGISTRADO Y REVISADO
EN LA UNIDAD DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

Unidad de Epidemiología Clínica
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.

CON CLAVE:

DIC/92/309/01/093

TESIS CON
FECHA DE ORIGEN

LESIONES DE VIAS URINARIAS EN
CIRUGIA GINECOLOGICA POR PARTE
DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

REALIZADO POR:

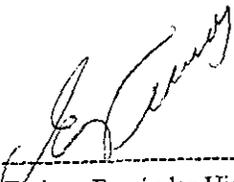
- DR. ENRIQUE ARTURO BECERRIL LERIN.

TUTOR: DR. OCTAVIO AMANCIO CHASSIN.

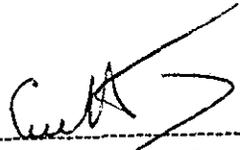
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Jefe de Enseñanza

Dr. Eduardo Becerril
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital General de México



Dr. Enrique Fernández Hidalgo
Jefe del Curso de Especialidad
Cirugía General



Dr. Octavio Amancio Chassin
Asesor de Tesis

Unidad de Epidemiología Clínica
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S. S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADACIENTOS.

A MI MADRE:

Por el esfuerzo, aliento y entereza que siempre me brindo para alcanzar esta meta trazada .
Porque con su ejemplo de superación constante me apoyo para concluir esta, etapa de mi
formación, porque siempre me brindo ejemplo de entereza ,para vencer las vicisitudes de
la vida, enseñándome a dar lo mejor de mí.
Por eso y por mucho mas GRACIAS.

A Lupita, Edgar, Javier, Rene y Edna

Por su apoyo y por su perseverancia para vencer los obstáculos que pone la
Vida , y porque la unión nos hace fuertes.

A Reynaldo y Mario por sus consejos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A nuestros maestros:

Porque gracias a ellos, hemos
llegado a comprender y querer
la Cirugía, como una parte muy
Importante de nuestra vida y saber
Que en ella, nunca se deja de aprender.

A Ricardo, Nicté-ha, Nayeli y Esperanza:
Por todo el tiempo que les quite al continuar
con mi preparación.

A nuestros pacientes:
Por habernos permitido
atenderlos y aprender de ellos
Lo que sabemos de cirugía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

- INTRODUCCION

A. ANTECEDENTES

ANATOMIA. _____ 1

ENFERMEDADES GINECOLOGICAS CON
TRATAMIENTO QUIRURGICO MAS
FRECUENTEMENTE ASOCIADAS A LESION
URINARIA _____ 8

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMEDADES
GINECOLOGICAS Y COMPLICACIONES _____ 43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B. SITUACION ACTUAL DE LESIONES UROLOGICAS	55
C. JUSTIFICACION	63
D. OBJETIVOS	64
E. MATERIAL Y METODOS	65
- RESULTADOS	66
- CONCLUSIONES	74
- BIBLIOGRAFIA	76

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

A. ANTECEDENTES

ANATOMIA.-

En la cavidad pélvica se encuentran alojados parte del sistema urinario y los órganos genitales femeninos, de los primeros mencionaremos a ureteros, vejiga y uretra; de los segundos hablaremos de: Ovarios, Trompas y Vagina.

El útero es un órgano hueco, de gruesas paredes musculares alojado entre la vejiga y el recto. Forma un ángulo casi recto con la Vagina y con la Vejiga en la parte anteroinferior. Es piriforme y mide en la nulipara alrededor de 8-9 cm de longitud, 6 cm de ancho y unos 4 cm de espesor (1,2).

El útero se encuentra en anteflexión. El cuello uterino sobresale en la pared anterior de la Vagina y la línea general de dirección del útero es casi perpendicular a la Vagina; esto es hay anteversión (3).

El cuerpo presenta una cara anteroinferior o vesical, aplanada que descansa sobre la vejiga; una cara posterosuperior, convexa y bordes laterales a lo largo de los cuales llegan al útero los vasos y los nervios. El fondo es la porción superior del cuerpo, que tiene la forma de cúpula, es redondeado e inicia por arriba de la inserción de las Trompas de Falopio en cada ángulo externo; es la parte más ancha del órgano y mide alrededor de 5cm en sentido transversal (1,2,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una ligera constricción externa, que corresponde a la región del orificio interno, separa el cuello uterino del cuerpo. El cuello uterino cilíndrico, puede dividirse en segmentos supravaginal y vaginal. El segmento supravaginal está unido de manera laxa hacia delante a la vejiga; Los úteres, separados del borde lateral del útero por 1.25 cm convergen hacia delante y abajo atravesando tejido conjuntivo bastante denso. La porción vaginal algo fusiforme y constituida por el conducto cervical que termina en el orificio externo, abertura de forma redondeada, el conducto comunica con la cavidad uterina por el orificio interno (2,3).

La túnica serosa de peritoneo se adhiere internamente a la túnica muscular sobre el fondo y las superficies del cuerpo del útero en la cara anterior se reflejan desde el cuerpo del útero hasta la vejiga, formando el fondo de saco vesicouterino, hacia atrás puede descender incluso a la porción superior de la vagina antes de reflejarse al recto y formar el fondo de saco de Douglas (3,4). Desde los bordes laterales del útero las hojas peritoneales se reflejan hacia la pared de la pelvis formando los ligamentos anchos. Entre los espacios perivesical y los fondos de saco laterorectales forman un tabique de separación a través de la pelvis que se fija en la pared pélvica inmediatamente por delante del uréter, desde la vena ilíaca externa pasando sobre la arteria umbilical y el nervio y vasos obturadores hasta el suelo de la pelvis, después cruza el elevador de ano hasta el cuello uterino superponiéndose al uréter. (1).

La arteria uterina después de pasar por arriba y por delante del uréter se introduce entre las hojas del ligamento y asciende en un trayecto tortuoso por su borde interno al lado del útero pero cerca de la pared pélvica.(3).

Por el mesometrio y el mesosalpinx pasan los vasos y nervios por tejido conjuntivo que asciende desde la fascia pélvica dentro del ligamento ancho cuyas hojas se separan bastante hacia la parte inferior donde el tejido es más grueso cerca de la base del ligamento ancho y en los lados del cuello uterino, en donde se conoce como parametrio que se extiende cruzando los elevadores del ano hasta la pared pélvica en forma de ligamentos cervicales laterales. (1,3).

Los ovarios son cuerpos ovalados, blanquecinos que miden aproximadamente 3.75 cm de longitud por 1.25 cm de ancho en promedio están situados en cada lado de la

pelvis, está unido por su borde anterior o hiliar a la cara posterior del ligamento ancho, el meso-ovario. El polo uterino está fijado al ángulo externo del útero por el ligamento útero-ovarico, el polo tubarico más angosto está suspendido del estrecho pélvico por el ligamento suspensorio que transporta los vasos ovarios. (1,2)

En la nulipara joven el ovario suele estar con el eje mayor vertical y la cara externa adosada a la fosilla ovarica peritoneal y poco profunda, dispuesta en la cara lateral de la pelvis. Esta fosilla limitada hacia atrás por el útero, hacia delante por la arteria umbilical obliterada y hacia abajo por la inserción del ligamento ancho, es cruzada por los vasos y los nervios obturadores (2).

La Trompa de Falopio asciende por delante del borde anterior del ovario y el pabellón se encorva sobre la cara interna del órgano llevando su propia porción de ligamento ancho contra esta superficie forma una depresión peritoneal, la bolsa tuvo - ovarica; esta relación se mantiene por la inserción de la franja ovarica. (2,3).

Por la mayor laxitud de los ligamentos peritoneales y del suelo pélvico después de las gestaciones repetidas los ovarios pueden quedar situados en el fondo de saco de Douglas y ser palpados por la vía vaginal.(2).

La arteria ovarica que proviene de la aorta, se anastomosa con la arteria uterina en el meso-ovarico. Las venas forman un plexo pampiniforme que se continúa a cada lado por una vena ovarica. La derecha asciende hasta desembocar en la vena cava inferior y la izquierda lo hace en la vena renal. (3).

La arteria uterina de la que depende de manera principal el riego sanguíneo del útero y de las trompas de falopio se continúa directamente con la arteria ovarica. La arteria se acompaña de muchas venas de gran calibre y pared delgada que comunican con la vena ovarica y forman en el ligamento ancho la vena uterina que desagua en la vena ilíaca interna; Las comunicaciones con las venas hemorroidales superiores son anastomosis importantes en la obstrucción portal.(3,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La vagina es un tubo fibromuscular de 7.5cm a 10cm de longitud que se extiende desde el útero hasta el surco interlabial o hendidura pudenda, está situada por detrás de la vejiga y la uretra y por delante del recto y conducto anal. El cuello uterino sobresale hacia abajo y atrás en la bóveda de la vagina y forma los 2.5cm superiores de la pared anterior. El introito, limitado por el himen, es una hendidura anteroposterior, elíptica, se encuentra al separar los labios menores (1,2).

Hacia los lados los fondos de saco laterales incluidos en parametrios guardan relación con los úteres que pasan hacia delante por debajo de la base del ligamento ancho y con las arterias uterinas que ascienden hacia adentro sobre los ureteres para introducirse entre las hojas del ligamento; Por debajo de los fondos de saco las paredes laterales están incluidas en la fascia pélvica y son sostenidas principalmente por los bordes anteriores del bulbo cavernoso.(3).

Hacia delante el fondo del saco anterior guarda relación con un uréter o con ambos en su desembocadura en la vejiga sobre todo al dilatar la vagina con especuló, la mitad superior de la pared anterior está separada de la base de la vejiga solo por una prolongación inferior laxa del parametrio, la mitad inferior guarda relación con la uretra que está incluida en la pared vaginal inmediatamente antes que vagina y uretra atraviesen la aponeurosis perineal media. Hacia atrás guarda relación con el fondo de saco de Douglas el recto y el nódulo o núcleo fibroso central del peritoneo.(1,4).

En los 2.5cm inferiores la vagina atraviesa a el compartimiento perineal profundo por detrás del esfínter estriado de la uretra, algunas fibras del cual junto con el músculo transversal profundo del perineo, se confunden en las paredes laterales y posteriores de la vagina. Por último la vagina atraviesa la hoja inferior de la aponeurosis perineal media para terminar en el compartimiento perineal superficial.(2,3)

La arteria principal es la vaginal, que presenta anastomosis abundantes con las arterias uterinas, vesical inferior, hemorroidal media y pudenda interna. Las venas forman un plexo, estos plexos drenan por venas vaginales en las ilíacas internas, pero se anastomosan con los plexos venosos de las demás vísceras pélvicas.(1,2,3).

En cuanto a la relación que guardan los úteres con los órganos genitales femeninos sabemos que estos son unos tubos musculares angostos de aproximadamente 25 cm de longitud, que se observan como una línea blanquecina debajo del peritoneo al que está adherido.(3).

Se adosan al músculo pues cruzan a nivel del nervio genitocrural y los cruzan los vasos genitales, el derecho descende detrás de la segunda porción del duodeno, de los vasos ileocolicos y cólicos derechos, el izquierdo por detrás de los vasos cólicos izquierdos se llega a la pelvis sobre la bifurcación de la iliaca primitiva y el nervio obturador hace una curva hacia atrás, descende por delante de los vasos iliacos internos y por detrás del ovario.(3,5).

A nivel de las espinas ciáticas se inclinan hacia delante y se dirigen hacia adentro cruzando el suelo pélvico, en el plexo de las venas vesicales inferiores para desembocar en los ángulos laterales de la vejiga a 5cm de distancia entre ambos atraviesan oblicuamente la pared vesical de manera que los orificios intravesicales situados en los ángulos posteriores del triángulo están separados solo por 2.5 cm.(3).

En la mujer el uréter es cubierto por la base del ligamento ancho al cruzar el suelo de la pelvis hacia abajo y atrás de la arteria uterina, 2.5 cm o menos, por fuera del cuello del útero e inmediatamente por arriba del fondo de saco lateral de la vagina, el riego sanguíneo ureteral se origina en las arterias renales, aorta, ilíacas, mesentericas, gonadales, de los conductos deferentes y vesicales, con intercomunicación libre entre ellas, que permite la movilización y transposición extensa del uréter. Esta innervado por nervios del décimo dorsal al segundo lumbar.(5).

La vejiga se modela en el espacio piramidal limitado por el pubis y el recto, que consta de vértice. base y caras inferolaterales. La base está orientada hacia abajo está separada del recto por el útero y vagina, hacia arriba está en contacto con el peritoneo. (2,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el vértice de la vejiga comienza el ligamento umbilical mediano, la uretra sale del ángulo inferior o cuello el cual está rodeado por un plexo venoso y se apoya sobre la pared anterior de la vagina, el espacio perivesical está formado por el peritoneo de la cara superior de la vejiga reflejado adelante a la cara posterior de la sínfisis del pubis a los lados la pared pélvica y el piso pélvico hacia abajo.(1)

En la mujer la reflexión posterior forma el suelo del fondo de saco vesico-uterino que hacia abajo casi alcanza el cuello del útero, en estado normal la vejiga se vacía cuando contiene 250 ml. Esto es cuando la cúpula está inmediatamente por arriba de la sínfisis pubica.(2).

En la multipara el trigono y el fondo de saco crecen y se distienden hacia abajo, si el suelo muscular de la pelvis se ha debilitado mucho, esta porción de la pared vesical se prolapsa con la pared anterior de la vagina, así se forma una porción declive en la vejiga que nunca se vacía por completo lo cual facilita la infección.(3).

Los ligamentos pubiovesicales correspondientes en la mujer fijan el cuello de la vejiga al pubis en el extremo anterior del origen del músculo elevador del ano, la base de la vejiga está unida por la aponeurosis pélvica a la pared anterior de la vagina.(4).

La aponeurosis que rodea a los ureteres forma los llamados ligamentos posteriores de la vejiga, que continúan con la adventicia de las ramas de los vasos iliacos internos; Hacia atrás hay condensaciones aponeuroticas en los repliegues de Douglas, que brindan apoyo adicional a la vejiga.(3).

El riego sanguíneo de la vejiga proviene de las arterias vesicales superior e inferior. sin embargo también hay anastomosis de las otras ramas adyacentes de la arteria iliaca interna. Las venas corresponden a las arterias las de mayor calibre están situadas cerca de los ureteres y alrededor del cuello de la vejiga.(3).

El orificio posterior de la uretra está situado en una pequeña depresión en el ángulo anterior del trigono a 6.25cm por detrás de la sínfisis púbica y poco más bajo del nivel del borde superior del pubis. El orificio interno de la uretra es asteriforme.(2,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La uretra femenina tiene 3.75 cm de longitud y puede dilatarse fácilmente hasta el diámetro de 0.6cm; comienza en el cuello de la vejiga y sigue una curva abajo y adelante, ligeramente cóncava hacia la cara anterior por detrás de la sínfisis púbica , hasta terminar en la hendidura vulvar orificio interno de la uretra, la mucosa de la vejiga y la túnica muscular vesical, reforzada en este sitio formando el esfínter liso de la uretra, se continúan hacia la pared uretral, la uretra atraviesa tejido conectivo laxo y un plexo venoso dispuesto entre los bordes libres de los elevadores del ano y entran en el compartimiento perineal profundo, donde es rodeada por las fibras del esfínter estriado de la uretra, de carácter voluntario.(2,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFERMEDADES GINECOLOGICAS CON TRATAMIENTO QUIRURGICO MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS A LESION URINARIA.

PROLAPSO UTERINO.

Se trata de una afección muy común, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres por arriba de la 6ª década de la vida que en mujeres jóvenes. Esto se explica si se tiene en cuenta la mayor laxitud y atonía de los elementos musculares y aponeuroticos en etapas avanzadas de la vida. De esta manera los efectos de las lesiones obstétricas pueden evidenciarse en forma de prolapso uterina muchos años después del último embarazo.(2).

El factor decisivo en el mecanismo del prolapso es la lesión o distensión extrema del suelo pélvico, especialmente de los ligamentos cardinales, a nivel de la base de los ligamentos anchos. Asociada a ella se ve por lo regular una extensa lesión de las estructuras peritoneales, que provoca intensa relajación vaginal y también lesiones a nivel de la aponeurosis de la pared vaginal anterior o posterior con cistocele o rectocele.(2,4).

Pueden observarse múltiples combinaciones de este genero, aunque a veces el prolapso se acompaña de un pequeño cistocele o rectocele. De aquí que se vean aislados en mujeres que nunca hayan dado a luz; en ellas el prolapso representa una hernia de útero, a través de un punto débil de la aponeurosis del suelo pélvico.(3).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuando el cuello del útero prolapsado, se encuentra dentro del orificio vaginal, el prolapso se denomina de primer grado. En el segundo grado se encuentra a nivel del introito. Finalmente, cuando se encuentra más allá del orificio vaginal, el prolapso es de tercer grado. Este se debe de diferenciar del prolapso completo de vagina posthisterectomía (abdominal o vaginal) la cual suele resultar de difícil reparación si se desea conservar una vagina funcional.(18).

Aparte del prolapso, cistocele o rectocele asociados existen otras secuelas patológicas. No es raro que se presente la ulceración del cuello como resultado de la fricción del órgano contra los muslos de la paciente o el roce de los vestidos. (2,4,5).

Al igual que en otras formas de desplazamiento uterino, hay grandes diferencias individuales con respecto a la sintomatología. Hasta el prolapso más completo puede no presentar más síntoma que la molestia producida por la protrusión mecánica del útero, hay cierta sensación de pesadez a nivel de bajo vientre, así como dorsalgia ligera, esto debido a la tracción que sobre los ligamentos del útero produce el prolapso y la congestión venosa que da lugar.(4).

El diagnóstico por lo general es sencillo, cuando la enferma nos viene a consultar se queja frecuentemente de "caída de matriz", refiriendo antecedentes de partos múltiples y difíciles, el diagnóstico debe establecerse siempre por el examen de la pelvis, en presencia de grados intensos de prolapso, cistocele, rectocele, o enterocele puede haber tal masa en protrusión, con mucosa ondulada presentándose en el introito, que a veces es difícil saber cual es el grado de relajación, es posible el edema intenso, a veces con estrangulación parcial.(3).

El prolapso desaparece por lo general cuando la paciente ocupa la posición de decúbito y por el contrario para corroborar la afección se le pide a la paciente en esta posición el que puje para evidenciar la protrusión del cuerpo uterino y casi siempre acompañado de cistorrectocele.(2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al prolapso uterino hay que diferenciarlo de la simple hipertrofia del cuello. El tratamiento de esta entidad es influido por la edad del paciente, estado marital y estado general además del grado de prolapso y procesos patológicos asociados. El tratamiento de elección es el quirúrgico del que hablaremos más adelante y solo en casos en los que se contraindique la cirugía se indica el uso de pesario además de manejo conservador.(2,3)

EMBARAZO ECTOPICO.-

La implantación del huevo fertilizado fuera de la cavidad endometrial, casi siempre en la trompa, sobre la superficie del ovario o en el abdomen, origina un embarazo ectópico, que ocurre en aproximadamente el 1% de las gravideces. Se cree que el embarazo tubárico ectópico ocurre por transporte inadecuado del huevo fertilizado a través de la trompa, ya sea por el defecto congénito de esta, como secuela de una infección, o como complicación de cirugía tubárica.(4).

Se ha observado en muchos casos de embarazo ectópico que el cuerpo amarillo se localiza en un ovario, en tanto que el embarazo ectópico esta en la trompa del lado opuesto, así pues puede haber emigración del huevo fertilizado de un ovario a la trompa contralateral y el tiempo utilizado para ello produciría implantación anormal en la trompa en lugar de ocurrir en la cavidad endometrial. Las pacientes que hayan tenido un embarazo ectópico en un lado, están predispuestas al mismo problema en el lado opuesto.(4).

Puede haber síntomas de los comunes al inicio del embarazo, como hipersensibilidad mamaria, nauseas, vómitos y retraso menstrual. Puede haber algo de pérdida sanguínea o hemorragia escasa después de una menstruación de poca cuantía, el útero suele crecer pero siempre menos de lo esperado en un embarazo normal. A menudo hay dolor y calambres, se palpa una tumoración anexial en el 50% de los casos. Hay dolor al movilizar el cuello uterino, generalmente en el lado del embarazo ectópico.(2,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

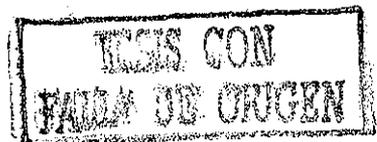
Si se realiza la prueba cuantitativa de fracción beta en sangre casi todas las pacientes con pruebas positivas tendrán valores bajos de HGC para la edad gestacional calculada.(4).

En ocasiones, una paciente presenta el embarazo roto en una trompa o expulsado por la punta de esta hacia la cavidad peritoneal y con síntomas de irritación peritoneal local por la presencia de sangre. Es característico que la paciente se queje de dolor en el hombro, debido a la irritación del diafragma. En casos avanzados se presenta el choque debido a la pérdida abundante de sangre. Los embarazos ectópicos deben diagnosticarse antes que ocurra urgencia vascular, pero aún ocurre el choque en casi el 10% de los casos.(3,4).

Los quistes ováricos y la enfermedad inflamatoria pélvica se presentan con cuadros similares. La culdocentesis puede ayudar a establecer el diagnóstico correcto, la laparotomía explorada esta indicada. El tratamiento de un embarazo ectópico es la extirpación de los productos de la concepción durante la laparotomía. Si la trompa esta rota o dañada se halla indicada la Salpingectomía. Si el embarazo ha distendido la trompa de Falopio hasta 3cm o menos, puede hacerse el tratamiento conservador mediante salpingostomía lineal, evacuando los productos de la concepción y hemostacia de microcirugía. Se ha informado de resultados similares en lo que ha embarazos subsecuentes se refiere con ambos tipos de procedimientos, aproximadamente 50% de embarazos normales y 10% de ectópicos recidivantes.(2,3,4).

MIOMATOSIS UTERINA.-

El tumor uterino más común es el mioma, se estima que el 20% de la totalidad de las mujeres que pasan de los 35 años presentan estos miomas, aunque por lo general lo hacen sin síntomas. La frecuencia del mioma es mucho mayor en la raza negra que en la blanca. Se observa con mayor frecuencia entre los 35 y 45 años de edad, aunque se ha observado un caso en una niña de 11 años.(2,19).



Los miomas uterinos pueden ser únicos, o lo que es más frecuente múltiples. Su tamaño puede ser microscópico o alcanzar proporciones descomunales, pudiendo pesar 45kg. Su estructura es densa, se encuentran bien encapsulados y forman nódulos pequeños o grandes que pueden separarse de la pared muscular del útero.(2).

Los tumores pueden localizarse en el cuello o el cuerpo del útero, siendo esta la última modalidad mucho más común. Tomando como base la posición que pueden ocupar los miomas en las distintas capas que forman la pared uterina, se divide en 3 grupos:

Los tumores submucosos se desarrollan inmediatamente por debajo del endometrio, desplazando a este último a medida que aumentan de tamaño constituyen el 15% de la totalidad de los miomas, son mucho más propensos que cualquiera de las dos variedades restantes a producir hemorragias profusas y necesitan histerectomía, aunque sean pequeños. El peligro de degeneración sarcomatosa también es mayor en este grupo. La mucosa de revestimiento se adelgaza, se vuelve atrofica y se ulcera, algunos tumores submucosos pediculizan a consecuencia de la acción repulsiva del músculo uterino y pueden hacer protrusión por el cuello o incluso por la vagina.(2)

Los intramurales son los que se encuentran situados en la pared muscular, no muy cerca de la mucosa o de la serosa. Si son de gran tamaño y múltiples dan lugar a gran aumento de volumen del órgano, al cual imprimen un contorno y una consistencia nodular notable.(2,3).

Los tumores subserosos o subperitoneales al igual que los submucosos pueden ser sésiles o pediculizarse. Por lo regular los tumores subserosos se desarrollan entre los pliegues del ligamento ancho (intra-ligamentoso) llegando a comprimir el uréter y los vasos ilíacos y creando a veces difíciles problemas en el diagnóstico y tratamiento operatorio.(2).

TLSIS CON
FALLA DE ORIGEN

La degeneración hialina, la más frecuente de todas las modificaciones secundarias se ve en distintos grados en casi todos los miomas, excepción hecha de los muy pequeños, puede afectar extensas zonas del tumor, o presentarse a manera de hebras y largas columnas que se comunican entre sí y parecen desgarrar los haces musculares. Tienen tendencia a la licuación, clínicamente puede simular quiste ovárico. Otras complicaciones del mioma uterino son: calcificación, infección, supuración y necrosis, degeneración grasa.(2,3).

Histológicamente proceden del tejido muscular, no se originan de elementos musculares maduros sino de células inmaduras. No se presentan hasta la menarquia y suelen disminuir de tamaño después de la menopausia. Con el empleo durante las últimas dos décadas de anticonceptivos con estrógenos pueden aumentar de tamaño repentinamente durante el tiempo que las pacientes ingieren estos medicamentos. En ocasiones los miomas crecen después de la menopausia. Cuando ocurre hay que pensar en la posibilidad de una alteración sarcomatosa.(2,4).

La sola presencia del mioma no produce necesariamente síntomas y sabemos que aún neoformaciones de gran tamaño pueden ser asintomáticas. En una enorme proporción de casos la paciente se ve obligada a consultarnos debido a que nota un abultamiento a nivel del bajo vientre o si se trata de un tumor de gran tamaño, un aumento general de todo el abdomen.(2).

El principal síntoma que caracteriza a los fibroides, aunque no siempre presente, es la menstruación excesiva o prolongada, una lesión concomitante, por ejemplo un adenocarcinoma, un pólipo o un factor funcional, ya que los miomas suelen acompañarse de hiperplasia endometrial. Incluso en ausencia de miomas submucosos, la cavidad uterina está notablemente expandida por los tumores, este efecto produce una superficie endometrial muy amplia que puede causar hemorragia.(2,4).

Algunos autores sugieren que la congestión venosa del endometrio depende de miomas intramurales, cualquiera que sea su causa, que la anomalía hemorrágica



característica es la menorragia y que esta es más intensa cuando existen tumores submucosos capaces de dar hemorragia intermenstrual y menorragia, pero es peligroso suponer que este tipo de hemorragia depende de los miomas a menos que se hayan descartado otras causas mediante muestras endometriales adecuadas. Los tumores subserosos no suelen producir hemorragia anormal.(2,3,4).

El dolor no es un síntoma característico del mioma. Lo que con mayor frecuencia ocurre en los tumores de gran tamaño es una sensación de pesadez gravitativa o dismenorrea. La aparición de dolor y sensibilidad en miomas de gran tamaño previamente indoloros, se debe por lo general a trastornos circulatorios, unidos probablemente a procesos necróticos locales o procesos inflamatorios acompañados de adherencia a los órganos vecinos como epiplón o intestino. En los casos excepcionales, en que los miomas subserosos pediculados sufren torsión, el dolor puede ser agudo, acompañado de náuseas y vómitos. En los tumores de gran tamaño o en los que se encuentran firmemente enclavados en la pelvis, el dolor suele resultar de compresión ejercida sobre los troncos nerviosos, con irradiación a la espalda y extremidades inferiores. (2,4).

Los miomas muy voluminosos ejercen presión sobre la vejiga, produciendo irritabilidad vesical, aumento de la frecuencia de las micciones y con toda probabilidad, disuria, cuando se hayan enclavados en la pelvis pueden provocar retención de orina debido al bloqueo de la uretra. Pueden provocar hidroureteronefrosis y hay el peligro de lesionar las vías urinarias al tiempo de operar. Los efectos de la presión sobre el recto son menos evidentes, aunque en ocasiones pueden producirse estreñimientos y dolor al defecar. Puede haber anemia con debilidad, lasitud y cefalea.(2,3).

El diagnóstico de mioma es muy fácil, en la palpación bimanual pueden percibirse una o varias excrecencias nodulares sobre la superficie uterina, a veces resulta necesaria la exploración bajo anestesia. La distinción entre mioma y embarazo se simplifica con la utilización de pruebas de embarazo, o la realización de sonogramas son de gran ayuda.(2,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la variedad submucosa a veces es necesario hacer un legrado diagnóstico con objeto de determinar la causa de la hemorragia, que puede tener varios orígenes, como: mioma submucoso, aborto incompleto, pólipos, adenocarcinoma o ser funcional. El diagnóstico se hace con frecuencia cuando al hacer el legrado se "choca" contra una masa intracavitaria que hace protrusión y muy incluida para retirarla con la cucharilla, a diferencia del pólipo común.(2,3).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA.

Se considera que la enfermedad inflamatoria pélvica se transmite sexualmente y que afecta útero, trompas de Falopio, Ovarios, Peritoneo o estructuras adyacentes, o a cualquier extensión a partir de estos órganos: suele ser secundaria a difusión hacia arriba de diversas bacterias introducidas en las vías genitales bajas, aunque en su forma incipiente la sintomatología es notablemente mínima.(3).

El curso depende de la cepa y virulencia del germen correspondiente, así como la resistencia del organismo. Las trompas parecen ser las que reciben el impacto primario del proceso infeccioso, hay mucha tendencia a la extensión a los ovarios y al peritoneo pélvico por la proximidad de estas estructuras al útero y trompas, y por la estrecha relación del riego linfático y vascular de todos los órganos pélvicos.(4).

Este síndrome clínico compuesto suele denominarse enfermedad inflamatoria pélvica, aunque hay excepciones, se presenta con episodios agudos, que pueden evolucionar hacia una resolución completa o hacia un proceso más crónico caracterizado por recidivas frecuentes, agudas o subagudas.(3).

Los cuatro tipos de infección más importante son;

- a) **Gonorréica:** Por *Neisseria gonorrhoeae*, implica mayores posibilidades destructivas en la función reproductiva, por el daño producido en las trompas o su relación con otros microorganismos de naturaleza piógena que causan amplia lesión de las trompas. En el estudio de Foralín y Cols. Se estudiaron los cambios en la frecuencia de la salpingitis gonococcica y no gonococcica aguda encontrando que disminuyo gradualmente de 42.9% en 1970 al 16.8% en 1976.(20).
- b) **Piogenas:** Por infección con una gran variedad de microorganismos como gramnegativos incluyendo *E. Coli*, aerobios grampositivos *S. Viridians* y *Enterococos*, cocos anaerobicos y *bacteroides fráglis*. Aún se piensa que el piosalpinx o el absceso pélvico por estos microorganismos piógenos es una complicación de una gonorrea primaria. (2).
- c) **Clamydias:** debidas a infecciones por *Chlamydia trachomatis*. Chaster y cols. Concluyeron que la enfermedad venérea más común era la infección por este germen. En otro estudio, utilizando laparoscopia pudieron obtener *C. Trachomatis* de las fimbrias en varios casos de salpingitis aguda.(2). Este microorganismo se ha identificado en otro tipo de infecciones de interés ginecológico, por ejemplo el linfogranuloma inguinal, las diversas manifestaciones clínicas de microorganismos muy estrechamente relacionados se deben a diferentes serotipos de *chlamydia*. (2).
- d) **Micoplásmicas,** por infecciones con *mycoplasma hominis*, o *ureplasma urealyticum* (cepas T, muy pequeñas). Igual se considera que el *mycoplasma* se relaciona con infecciones menores de las vías genitales bajas(2).

En la mayoría de los casos de las infecciones de las vías genitales altas el foco inmediato se encuentra en el cuello; en infecciones por *chlamydia* o *mycoplasma* puede haber un estado de portador, ya que es posible encontrar todos estos microorganismos en cultivos sistematicos del cuello de cierto número de mujeres asintomaticas. Puede haber invasión de las vías genitales altas, ya que los microorganismos suelen pasar mediante invasión superficial a lo largo del endometrio, la trompa y con más frecuencia mas allá, hasta la cavidad peritoneal y el ovario. Solo cuando la enfermedad se disemina de la trompa, se observan los síntomas característicos de una enfermedad inflamatoria pélvica.(2,3).



La salpingitis aguda puede ser una secuela casi inmediata de una infección aguda adquirida de las vías genitales bajas o presentarse mucho después. En el embarazo en el cual los microorganismos pueden alcanzar la trompa por extensión directa a través de los linfáticos, suele considerarse que llegan a este órgano a través de la mucosa que se hace edematosa y pronto produce un exudado purulento, salvo los casos leves. Si la inflamación no se resuelve rápidamente puede hacerse subaguda, y causa posteriormente problemas de la reproducción, distensión, y oclusión posterior de la trompa. El exudado puede escapar por el extremo aun permeable del oviducto produciendo una peritonitis pélvica aguda, en ocasiones un absceso pélvico raras veces se limita al endosalpinx y toda la trompa se encuentra inflamada, hiperémica y enrojecida.(4).

Puede producirse oclusión del orificio fimbriado o de determinadas porciones del conducto con aparición del consiguiente piosalpinx. Cuando la infección aguda regresa, deja una salpingitis crónica residual de distinto tipo.(2).

En varios tipos de enfermedades inflamatorias pélvicas suele estar afectando el peritoneo pélvico. Esto se manifiesta por lo general como un exudado seroso o fibrinoso que pronto produce adherencias entre los distintos órganos pelvianos o entre ellos y el intestino delgado, sigmoides o recto.(2).

Los síntomas agudos aparecen durante el periodo menstrual o inmediatamente después, debido a la mayor vulnerabilidad que tiene la cavidad uterina a la invasión gonorreica en la época de la descamación menstrual. El dolor intenso de la región pelviana y abdominal inferior, la rigidez muscular y la sensibilidad, la distensión abdominal, la náusea y los vómitos, la fiebre, la leucocitosis, el pulso rápido y la prostración intensa en los casos graves, constituyen los síntomas habituales. La fiebre puede llegar a 39.5° C o más con leucocitosis intensa. El aumento de la frecuencia es impresionante si la enfermedad se acompaña de invasión peritoneal amplia.(2,3).



Cuando las manos exploradoras pueden delimitar los contornos del útero, lo más probable es que este se encuentra fijo y las maniobras realizadas sobre el cuello o el fondo para moverlo provocan dolor. Cuando la fiebre y el dolor pelviano persisten y se acompañan de presión y dolor rectal, el examen puede poner de manifiesto una induración creciente y más tarde fluctuación y abombamiento en la región del fondo de saco, que a veces se extiende a ambos lados de la pelvis y en ocasiones desciende a lo largo de la pared posterior de la vagina.(3).

Si es posible sospechar el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria pélvica basándose en la historia y exploración física comentadas, el frotis del cuello antes de la exploración digital y teñido con coloración de gram es sumamente útil si se pueden identificar diplococos gramnegativos intracelulares. Un antecedente de gonorrea en la paciente o su compañero es de gran valor para el diagnóstico.(2).

Después del parto o un aborto puede haber infecciones pélvicas graves. Los síntomas son muy similares a los de enfermedades por transmisión venérea. Los síntomas pueden presentarse en un lapso muy corto después de interrumpir el embarazo, *algunas de las pacientes más graves se observan después de infecciones postaborto con microorganismos particularmente virulentos, como Clostridium Perfringes, u otros gérmenes que ponen en peligro la vida.*(3).

En ocasiones es posible confundir el embarazo ectópico con una enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Cuando se sospecha de un embarazo ectópico pueden ser muy útiles la culdocentesis y las pruebas para embarazo.

Cuando hay un DIU las infecciones pélvicas constituyen una situación especial. En pacientes con DIU puede haber una infección ordinaria gonocócica o piógena aguda o por cualquiera de los microorganismos transmitidos por contacto sexual. Sugieren que estas infecciones son un poco más comunes entre quienes usan un DIU que en las demás mujeres. (2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La rotura de un absceso tubo-ovárico con diseminación del material purulento a la cavidad peritoneal es una complicación grave que debe diagnosticarse de inmediato de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda no complicada.(2).

Uno de los diagnósticos diferenciales más problemático cuando se sospecha enfermedad inflamatoria pélvica es la apendicitis aguda. Este trastorno se sospecha cuando no se encuentra leucocitosis en el frotis del cuello. Ya que la peritonitis generalizada por la perforación del apéndice también es una complicación en extremo grave en alguno quizá se necesite laparotomía exploradora para establecer un diagnóstico preciso.(4).

A pesar de que los riñones se hallan situados por encima del nivel pélvico no hay duda que una pielitis aguda grave puede producir un cuadro clínico similar al de la inflamación pélvica aguda. El dolor abdominal de la pielitis va precedido o acompañado de dolor en la región lumbar que se irradia a los flancos con tendencia a el aumento de frecuencia de las micciones, disuria y tenesmo, es obvia la importancia.(2)..

TUMORES OVARICOS.

Puede haber muchos tipos de tumores ováricos benignos o malignos, unos cuantos no pueden clasificarse hasta aclarar su evolución clínica mediante observación durante varios años. Esta capacidad multipotencial de los tumores ováricos requiere describir los malignos junto a los benignos. Los primeros son menos frecuentes que los correspondientes en cuello y endometrio. En general es mayor la malignidad de los tumores ováricos conforme aumenta la edad del paciente.(4,21).

Durante la pubertad y los años reproductivos los tumores ováricos son más frecuentes. No deben preocupar demasiado a menos que sean mayores de 5cm. Casi todos los tumores de 5cm. en este grupo de edad son quistes foliculares benignos, que puede vigilarse durante dos periodos menstruales, si persisten durante ese tiempo o parecen aumentar está indicado el estudio diagnóstico mediante observación directa, lo que puede hacerse según tamaño y localización del tumor mediante laparoscopia y laparotomía. En pacientes mayores de 40 años o en el climaterio deben explorarse quirúrgicamente todas las tumoraciones ováricas de 5 cm. o mayores(2).

Como los crecimientos ováricos suelen ser asintomáticos, puede haber importante diseminación de un tumor ovárico antes de que se haga el diagnóstico. Son síntomas subjetivos frecuentes las molestias hipogástricas acompañadas en ocasiones de sensación de plenitud. El dolor es raro, a menos que la enfermedad este muy avanzada. En la tercera parte aproximadamente de los casos, la paciente puede sufrir hemorragia uterina anormal y en unos cuantos casos molestias urinarias o intestinales. (4).

Por definición un crecimiento quístico del ovario debe tener al menos 2.5 cm de diámetro para considerarse como tal. Algunos de los quistes más frecuentes son: Quistes Paraovaricos (restos de los conductos de Wolff). Los quistes paraovaricos pueden surgir de estos vestigios, del epitelio de la trompa o de inclusiones peritoneales.(21).

Los quistes pueden ser muy pequeños o por el contrario pueden alcanzar un volumen considerable aunque en raras ocasiones llegan al tamaño de otros muchos quistes del propio ovario. Es fácil reconocer su origen paraovarico, dada su posición a más de que el ovario permanece intacto y separado del tumor, en tanto que la trompa permanece estirada a lo largo de la circunferencia superior del quiste. Los síntomas son similares a los de los quistes ováricos más comunes con los que suelen confundirse en el preoperatorio. Aunque casi siempre son benignos en una publicación hubo cuatro adenocarcinomas de bajo grado.(2,22).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Restos de los conductos de Muller. Pueden observarse como quistes paraováricos o pequeños acumulos quísticos en el extremo distal fimbriado de la trompa de falopio.

Endometriomas. Son simplemente formas quísticas de la endometriosis ovárica que constituyen casi todos los quistes de "chocolate".

Quistes Foliculares: Nacen de la simple hiperdistención de los foliculos durante el proceso de atrofia folicular, puede producirse torsión del pedículo y en raros casos rotura espontanea con hemorragia intra-abdominal, que puede dar lugar a un cuadro clínico que puede simular la rotura de un embarazo túbárico.(4).

Con mujeres jóvenes esta indicado el tratamiento expectante, durante 8 a 10 semanas antes de decidir la laparotomía, en mujeres de mediana edad la valoración no necesita tanto tiempo, en las postmenopausicas cualquier aumento de volumen de los anexos justifican una pronta laparotomía.(21).

El origen de los quistes luteínicos es un hematoma del cuerpo amarillo. Los tumores epiteliales constituyen un 60-70% de todas las neoplasias primarias del ovario y corresponden a un 90% del total de las afecciones malignas del ovario; provienen del epitelio celómico que recubre el ovario. Los tumores serosos en su aspecto exterior es semejante al de los quistes mucinosos pero en algunos casos la superficie presenta excrecencias papilomatosas que en ocasiones le dan aspecto de coliflor.(2,4).

Fibroadenoma y cistadenofibroma: nacen del epitelio superficial del ovario, que sufre una invaginación dando lugar a la formación de largos tubulos en forma de hendiduras rodeado por tejido fibroso hiperplásico, similar al del fibroadenoma común de la mama, por este motivo se designa como fibroadenoma del ovario. Generalmente son pequeños y solo se descubren microscópicamente. Por otra parte las invaginaciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se transforman a menudo en quistes que pueden alcanzar un gran tamaño. Tales tumores llamados cistadenofibromas, son la mayoría de las veces en parte quísticos y en parte sólidos, en proporción variable.(4).

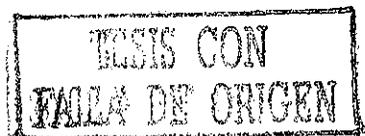
Cistadenocarcinoma seroso: Es el prototipo maligno del cistadenoma seroso, mucho más común que la variedad mucinosa se caracteriza casi siempre por una arquitectura papilar.(21).

Cistadenoma mucinoso: esta variedad puede alcanzar un tamaño gigantesco y en rigor muchos de los tumores más grandes que se observan en los seres humanos pertenecen a este grupo. El contenido del quiste por lo general no es más que un líquido claro viscoso, espeso a veces, fluido en otros casos al unírsele elementos sanguíneos, puede tomar color achocolatado o pardo. La cavidad se halla dividida por tabiques en compartimientos.(4).

Por simple inspección macroscópica no siempre es posible asegurar que los tumores quísticos de contenido sólido son benignos o malignos. Suele ser necesario extirpar completamente el ovario, aunque no presente señales de malignidad. Por lo tanto el potencial maligno del cistoma se determina por estudio histológico.(4).

Algunos cistomas se clasifican como lesiones limitrofes, adenocarcinomas de poco potencial maligno. Estos carcinomas por lo general tienen excelente pronóstico y si son unilaterales pueden tratarse mediante salpingo-oforectomía unilateral en mujeres en edad reproductora.(4)

Los carcinomas primarios del ovario son casi siempre serosos, mucinosos o cistadenocarcinomas endometrioides. La siguiente es una clasificación útil por etapas de estos tumores:



Etapa 1: tumor limitado a los ovarios.

Etapa 2: tumor limitado a la pelvis

Etapa 3: tumor que se extiende al peritoneo, fuera de la pelvis.

Etapa 4: diseminación fuera de la cavidad abdominal o metástasis intrahepáticas.

Es frecuente ver implantes tanto en peritoneo como la superficie serosa del intestino. Pueden desarrollarse grandes acumulos que se diseminan lentamente hasta llenar la cavidad peritoneal y rodear al intestino aunque rara vez invaden su luz. Se produce retención de líquidos y puede haber ascitis e hidrotorax. Se puede observar edema de miembros inferiores secundario a la obstrucción linfática abdominal. La paciente puede observar aumento de volumen abdominal y tal vez aumento de peso acompañado de adelgazamiento de las extremidades, pérdida de apetito y disminución de la masa muscular. Continúa el aumento de retención de líquidos y del volumen abdominal conforme crece el tumor intrabdominal.(21).

El ovario es asiento de metástasis de tumores originados en otras partes del cuerpo. Los tumores ováricos sólidos que contienen células cancerosas frecuentemente metastásicas de estomago, se conocen como tumores de krukemberg identificados histologicamente por la presencia de células en anillo. No obstante son más frecuentes las metástasis ovaricas de otros tumores malignos intestinales. El ovario también es asiento frecuente de metástasis de carcinoma mamario.(4)

Disgerminoma: este tumor de células germinativas se observa con mayor frecuencia en mujeres de 10 a 30 años de edad, a menudo pseudohermafroditas. Suelen detectar disgerminomas durante el embarazo, tal vez porque ocurren en años reproductores.(2).

Teratoma: se cree que estos tumores de células germinativas se originan en células germinativas totipotenciales del ovario a menudo contienen masas calcificadas y en ocasiones se pueden observar dientes o piezas óseas en las radiografías. Los teratomas ocurren a cualquier edad pero ocurren más frecuentes en pacientes de 20-40 años de edad por lo general son quistes dermoides benignos pero a veces son sólidos y entonces casi siempre malignos.(2,21).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tumor de Brenner: es un tumor fibroepitelial raro que generalmente no secretan hormonas. Estos tumores se presentan sobre todo en edades avanzadas y tienen poco potencial de malignidad. Síndrome de Meigs: está constituido por ascitis e hidrotórax, acompañado a tumores benignos de ovario con elementos fibrosos, casi siempre fibromas. Es más frecuente descubrir acumulación de líquido en fibromas ováricos mayores de 6cm con frecuencia se descubre este cuadro clínico con otros tumores ováricos sobre todo malignos que producen un derrame pleural histológicamente benigno en cuyo caso se denomina "pseudosíndrome de Meigs", (4).

Tumor de Células de la Teca Granulosa: los tumores tecales puros son benignos, pero los que tienen elementos de la granulosa pueden ser malignos. En la niñez se manifiestan característicamente como pubertad precoz, en la mujer de edad avanzada se acompañan a veces de carcinoma endometrial. Los tumores de células de Sertoli-Leydig son tumores raros pero potencialmente malignos que se acompañan de secreción de andrógenos y masculinación. En raras ocasiones producen estrógeno. Suele presentarse en edad reproductora y contienen estructuras tubulares así como células de tipo Leydig.

Tumores de células hiliares: también son tumores raros formados por grupos de células que semejan las del hilo ovárico. Es característica la masculinación concomitante. Se presenta principalmente en los últimos años de la vida y en las posmenopausas. Estruma ovario: es la denominación que se da a la presencia de tejido tiroideo visible macroscópicamente en el ovario, este tejido puede producir un cuadro clínico de hipertiroidismo.(4,21).

Coriocarcinoma: son tumores primarios muy raros del ovario que elaboran gonadotropina coriónica. Tumores de restos suprarrenales: también son tumores muy raros del ovario que pueden presentarse en cualquier edad, no siempre con actividad hormonal. Los que contienen tejido suprarrenal suelen producir masculinación y generalmente son benignos. (4,21).



COMPLICACIONES DE TUMORES DE OVARIO.

TORSION DEL PEDICULO.

Entre las complicaciones de los tumores de ovario, la más frecuente es la torsión del pedículo; los síntomas agudos a que da lugar, a veces constituyen el primer indicio de la existencia de un tumor ovárico. Esta complicación es más frecuente en el caso de tumores pequeños o medianos. La frecuencia de la torsión varía de una serie a otra, en promedio se encuentra en el 16 % de los casos de tumores de ovario.(2).

La torsión del pedículo se efectúa por lo general en el sentido de las manecillas del reloj; puede ser ligera o tan extrema que se produzcan varias vueltas completas. El trastorno circulatorio provocado por la torsión suele afectar principalmente a las venas, dando origen a una estasis venosa intensa. En los casos extremos las arterias también quedan ocluidas y se produce gangrena, si no se percata de este accidente el quiste puede desprenderse completamente y formar una peritonitis generalizada por la salida del material a la cavidad. (4).

La torsión del pedículo se acompaña de dolor, que puede ser agudo y persistente, pero en otros casos resulta moderadamente intenso y transitorio. Esto último ocurre cuando la torsión se corrige de manera espontánea, cosa frecuente. En los casos de quistes ováricos de tamaño mediano, la enferma refiere muy a menudo que ocasionalmente ha experimentado ataques agudos de dolor, los cuales desaparecen espontáneamente al poco tiempo. (4).



NO obstante, en gran numero de casos los sintomas que produce la torsion de pedículo son de mayor gravedad, con dolor brusco intensisimo. Cuando el quiste asienta en el lado derecho, puede simular un cuadro de apendicitis aguda, más si se acompaña de náuseas y vómitos a más de presentar rigidez extrema en la parte derecha del bajo vientre. El pulso está acelerado y la temperatura se eleva, aunque no sobrepasa 38.3° C. El hemograma revela leucocitosis moderada, no resulta sorprendente, por tanto, que muchas enfermas sean intervenidas en forma equivocada.(4)

ROTURA DEL QUISTE.

Es raro que los quistes dermoides se rompan o perforen, debido principalmente a su cápsula gruesa y resistente, pero la torsión e ingurgitación pueden suavizarla y producir la consiguiente perforación hacia la cavidad peritoneal. Cuando esto ocurre, sobreviene una peritonitis generalizada por la fuerte irritación que causa el contenido del quiste. (3).

Aunque menos frecuente, pero de cierto interés es la rotura de un quiste que se vacía en un órgano hueco, como el intestino y la vejiga. Con la torsión y el infarto gradual, la cápsula temporal puede inflamarse y adherirse después al epiplón u otro órgano hueco. La adherencia suele evitar un mayor torcimiento y proporcionar gradualmente un nuevo riego sanguíneo parcial, si el riego sanguíneo se interrumpe por completo debido a coagulación y necrosis adicional el tumor puede adherirse y perforar un órgano hueco como la vejiga con la consiguiente eliminación de pelo en la orina en ocasiones. El drenaje al intestino o el recto puede dar lugar a expulsión de huesos, pelo o dientes por el ano en caso de tratarse de un quiste dermoide. (4,21).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ALTERACIONES DEL SOPORTE PELVICO - HERNIAS PELVICAS E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

La pérdida de orina en forma involuntaria se denomina incontinencia; incontinencia de esfuerzo es el escape de orina a través de la uretra después de un aumento repentino de la presión intrabdominal, el cual se debe a un problema en el soporte pélvico y que se acompaña de un trastorno en el mecanismo de funcionamiento del esfínter.(4).

Aunque las mujeres nulíparas de edad avanzada pueden tener incontinencia por esfuerzo, debido quizá a la atrofia del mecanismo del esfínter vesical por la edad, en la mayor parte de las ocasiones es un problema de mujeres en la cuarta y quinta década de la vida, multiparas con múltiples partos vaginales. (3).

La incontinencia urinaria se presenta casi siempre acompañando un cistocele o rectocele que puede ser de ligero a importante. Cistocele es la protrusión de la pared anterior vaginal hacia la cavidad vaginal y se divide en grado 1, la que no llega al introito, grado 11 si llega a nivel del introito y grado 111 cuando rebasa a este, el rectocele se define como la protrusión de la pared vaginal posterior hacia la vagina junto con el recto y se divide en forma similar que el cistocele. (5).

La historia típica es una paciente que acude por pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo en brotes, relacionados a el esfuerzo, además en nuestro medio es frecuente que mencionen la sensación de cuerpo extraño en la cavidad vaginal la cual se aumenta en la posición erecta y disminuye con el decubito, se menciona que aproximadamente en nuestro medio un 30% de las mujeres mayores de 40 años presentan cierto grado de incontinencia urinaria.(5,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

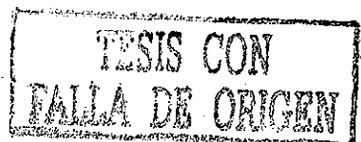
Se sabe que en el vaciamiento normal de la vejiga femenina, la paciente aumenta voluntariamente la presión intra-abdominal y relaja sus músculos elevadores con el consiguiente descenso de una pequeña cantidad de orina a la uretra proximal, en este momento se inicia, al parecer la contracción refleja del músculo detrusor vesical y se lleva a cabo una relajación adicional de los músculos voluntarios del diafragma urogenital. (5).

En pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, la base de la vejiga suele estar por abajo de lo normal, (a aproximadamente 4 cm de una línea imaginaria que va del promontorio a la sínfisis del pubis, por arriba), lo que modifica el ángulo uretrovesical y facilita la pérdida de la orina. (8).

Para el diagnóstico de este problema además de lo referido por la paciente al momento de la exploración pélvica se mostrara generalmente diversos grados de cistocele, uretrocele o ambos además de su casi siempre acompañante rectocele. A continuación se procede a corroborar la pérdida de orina al realizar esfuerzo, para lo cual se pueden realizar varias pruebas clínicas por ejemplo la prueba del apósito que consiste en colocar en la paciente un apósito en los genitales de la paciente y valorar la pérdida de orina a la hora según el peso del apósito. (5,8).

La prueba más usada para valorar la pérdida de orina consiste en instilar 250 ml de solución fisiológica en la vejiga y colocando a la paciente en posición de decúbito, se le pide a la paciente que tosa o haga algún esfuerzo y se observara la salida a través del meato urinario. (5,6).

Es posible que el problema depende de la pérdida de apoyo del cuello de la vejiga, para lo cual, se puede determinar a través de las pruebas de Bonell o de Marchetti. En la primera se colocan dos dedos del examinador en la vagina de la paciente, con las puntas a cada lado de la uretra, aproximadamente en la unión uretrovesical y se presionan hacia arriba. Si se presiona y la tos no va seguida de la expulsión de orina en



una paciente que si ha tenido esa expulsión sin la presión hacia arriba, cabe suponer que la incontinencia por esfuerzo se debe al daño de las estructuras de sostén de la uretra. La prueba de Marchetti es prácticamente igual excepto que se usa anestesia local en la vagina y pinzas de Allis en lugar de los dedos. (5,6,8).

Una vez establecido que la paciente sufre de incontinencia urinaria de esfuerzo que necesita corrección debe realizarse urocultivo para descartar toda infección urinaria, cistoscopia para excluir una trigonitis y se debería de hacer una Urografia excretora para saber exactamente a que nivel se encuentra la base de la vejiga en relación con la sínfisis del pubis, así como el ángulo uretrovesical y así en esta forma valorar que tipo de cirugía sería la adecuada para corregir su problema de incontinencia. (5,6).

En ciertos casos el volumen de orina perdida en forma involuntaria es pequeño y la paciente puede mejorar aprendiendo a iniciar y detener el chorro durante la micción (ejercicios de kegel). Si la paciente presenta polaquiuria y urgencia urinaria, a veces es útil el tratamiento conservador con antiespasmódicos. Puede elevarse la presión uretral administrando simpaticomiméticos. (8).

Esta indicada la intervención quirúrgica en las pacientes que están húmedas todo el tiempo y sufren limitaciones de tipo social como resultado de la incontinencia.(4,5,8).

Para decidir si procede reparar un cistocele al momento de corregir la incontinencia urinaria, tiene importancia, además del tamaño de la hernia el grado de molestia que causa a la paciente, lo que incluye síntomas urinarios. Si no ha tenido incontinencia urinaria de esfuerzo pero sufrió infecciones urinarias recidivantes o incontinencia por rebosamiento por la persistencia de un gran volumen de orina residual por el cistocele, también esta indicada la reparación. Sin embargo, no se necesita reparación quirúrgica cuando el cistocele es asintomático y no ha tenido quejas al respecto. (5).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tal vez es aconsejable evitar reparaciones en pacientes en quienes aún no tienen paridad satisfecha. Esto debido a la gran cantidad de recidivas que se presentan en estos casos.(5).

Si además de las quejas señaladas la paciente presenta descenso del útero, puede combinarse una histerectomía vaginal con la reparación. Si hay gran incontinencia de esfuerzo, sobre todo sin descenso uterino, se recomienda más una técnica combinada, por vía vaginal y suprapubica (Pereyra, Guittes,Raz) con un 80-90% de éxito con estas técnicas que usar solo un procedimiento vaginal como la colpoperineoplastica anterior y posterior tipo Kelly la cual tiene una recidiva de un 60% a dos años.(5,6,8).

Dentro de la cirugía ginecológica los procedimientos para la uretrosuspensiones ocupan un rubro importante, por la cantidad tan numerosa que se realizan en la misma.

Se deben de tener en consideración algunos puntos importantes como la indicación de la misma, y la fisiología normal, para cuando existe incontinencia urinaria de esfuerzo.

La continencia normal en la mujer se logra por medio de un mecanismo similar al del varón.

La parte proximal de la uretra es la misma, la única diferencia en la mujer es que falta la uretra bulbar y distal. El cuello vesical ésta compuesto principalmente por fibras circulares de la vejiga concentrados en ésta área, esta compuesta por fibras longitudinales internas y fibras circulares externas.

La fisiología de la continencia en la mujer se conserva por la interacción de los siguientes factores: I presión uretral eficaz; II Actividad del esfínter externo; III Anatomía uretrotrigonal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En donde la presión uretral eficaz se produce por la interacción de tres componentes: A) el esfínter de la mucosa, B) la musculatura lisa con proporción 8:1 entre fibras longitudinales y circulares, C) la actividad del esfínter externo compuesto de diafragma urogenital, que proporciona del 30 al 40% de la presión de cierre uretral, y otro factor que interactúa para proporcionar buena continencia es la longitud uretral con un promedio de 2.8 cm.

La anatomía uretrotrigonal incluye tres componentes en la anatomía de la mujer: La base de la vejiga esta normalmente arriba del nivel de las ramas inferiores de la sínfisis del pubis; la relación entre alineación uretral y trigono normalmente es menor de 100°, la relación entre alineación uretral y línea vertical que al desplazarse se manifiesta como prolapso uretral.

HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO.

La hiperplasia de endometrio es una clasificación anatomopatológica. Aunque esta se presenta como causa principal de las hemorragias funcionales, estas pueden ocurrir con cualquier tipo de endometrio. En la mujer postmenopausica, la hiperplasia generalmente se debe a tratamiento hormonal. Cuando no hay antecedentes de esta terapéutica la causa suele ser una fuente ovarica o suprarrenal de estrógeno. (2).

La excesiva y persistente estimulación estrogénica, unida a la ausencia de progesterona, es lo que produce la imagen histológica que caracteriza la hiperplasia en los años menstruales. Esto implica su asociación con el ciclo de tipo anovulatorio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

No solo no se produce la rotura del folículo, sino que este continúa creciendo y funcionando más allá del período normal de la ovulación, de aquí que tenga lugar un efecto trófico anormal sobre el endometrio.(2,4)

En otros casos lo que ocurre es que un grupo de folículos continúa madurando hasta determinado límite y produciendo estrógeno, que a su vez causa un efecto trófico anormal. Las modificaciones características del ovario, por tanto consisten en ausencia de cuerpo amarillo activo y presencia de un solo folículo, grande, persistente y activo o de un número considerable de ellos, pero más pequeños y activos desde el punto de vista funcional.(2).

En este último caso los ovarios pueden presentar quistes enormes; sin embargo, los más pequeños se hallan tapizados por una granulosa intacta. La hiperplasia endometrial es una causa común de hemorragia postmenopáusica. Al parecer depende a sí misma de la estimulación estrogénica del endometrio, aunque es probable que el ovario no sea la fuente principal. En la postmenopausia la fuente principal de estrógeno es la conversión periférica de la androstendiona en estrona.(21).

Toda la estrona proviene de la conversión de la androstendiona suprarrenal en estrona, que se lleva a cabo en tejidos periféricos, sobre todo en el adiposo. Es posible que los andrógenos ováricos también se convierten en estrógenos en los tejidos periféricos. Otra causa más de hiperplasia endometrial es el tratamiento con estrógenos exógenos.(21).

Hiperplasia focal. En ocasiones pueden descubrirse placas de endometrio hiperplásico junto con una reacción secretoria general. Hiperplasia proliferativa: en la gran mayoría de los casos la estructura microscópica de la hiperplasia corresponde francamente al tipo benigno. En una pequeña proporción se producen imágenes marcadamente proliferativas y adenomatosas, que a veces afectan el endometrio, más

frecuente en focos y a menudo pueden confundirse con cáncer. La hiperplasia adenomatosa definida por Gore, se caracteriza por una proliferación glandular con proyección al estroma vecino.(2).

Cuando se añaden anomalías celulares a estas notables alteraciones proliferativas suele denominarse hiperplasia adenomatosa atípica. A menudo es difícil diferenciar estas hiperplasias avanzadas del carcinoma endometrial bien diferenciado.(2).

La hiperplasia endometrial es un diagnóstico anatomopatológico que no puede establecerse con una valoración clínica sino solo por el examen histológico del tejido. El único síntoma real de este trastorno es la hemorragia uterina anormal y es necesario investigar este síntoma mediante dilatación y raspado fraccional o biopsia endometrial debe recordarse que la hiperplasia endometrial puede coexistir con carcinoma, por lo tanto solo mediante dilatación y raspado cuidadoso y completo puede descartarse la posibilidad de carcinoma cuando se encuentra hiperplasia en la biopsia.(2,4).

La hiperplasia endometrial en la época menstrual suele ser un proceso inocuo y autolimitado que se normaliza con frecuencia después del raspado cuando depende de la anovulación, el tratamiento intermitente con progestacionales o la inducción de la ovulación suelen eliminar la hiperplasia y la molestia que con frecuencia la acompañan. A menos que se diagnostique la forma más grave de hiperplasia adenomatosa la administración de medroxiprogesterona durante 5-10 días al mes, permitirán hacer un patrón de sangrado normal y eliminar la hiperplasia, pueden utilizarse otros progestágenos o la inducción de la ovulación.(2,4).

Cuando se diagnostica una hiperplasia adenomatosa en especial después de la menopausia se justifica un tratamiento más enérgico, con una terapéutica progestacional a dosis altas. (4).



Para valorar la eficacia, el tratamiento suele administrarse por un periodo de seis meses, se necesita como observancia ulterior biopsia o dilatación y raspado en pacientes con hiperplasia persistente en especial si resulta cada vez más grave, en quienes no se contiene la hemorragia o en mujeres que no pueden o no seguirán el tratamiento hormonal, se aconseja la histerectomía. De hecho en muchos casos de hiperplasia adenomatosa típica se prefiere tratar ese trastorno mediante histerectomía eliminando por lo tanto cualquier posibilidad de transformación maligna. (2,4).

POLIPOS DE ENDOMETRIO.

La palabra pólipo constituye un termino clínico y designa a los tumores provistos de tallo o pedículo. Así un tumor polipoidal del útero puede ser un mioma, un carcinoma o un sarcoma o puede hallarse constituido por tejido placentario retenido. El pólipo endometrial corriente está formado por tejido endometrial, estas formaciones pueden ser únicas o múltiples y pequeñas o suficientemente grandes para llenar la cavidad uterina. El pedículo puede alcanzar una extensión tal que el tumor se proyecte más allá del cuello y en raros casos más allá del introito vaginal.(2).

Es difícil citar una frecuencia para pólipos endometriales, sin duda algunos muchos son extraídos a pedazos en el momento del raspado y no pueden reconocerse. En otras ocasiones aunque no sean clínicamente evidentes los pólipos se observara en el examen microscópico un prominente núcleo que sugiere un pólipo.(4).

De estos pólipos la estructura microscópica es semejante a la del endometrio en que se asienta, aunque varia según el tipo funcional o no del epitelio que lo forma. A menos que crezcan tanto que se proyecten fuera del cuello o que se produzcan



modificaciones degenerativas o ulcerosas secundarias, los pólipos endometriales no suelen producir síntomas aunque los elementos inmaduros de endometrio pueden causar varios tipos de sangrado anormal. En realidad, una enorme proporción no se descubre hasta el momento de abrir los úteros extirpados por otras causas, otro se extraen en el curso de un raspado con fines diagnósticos o de otra índole.(8).

En los pólipos de gran tamaño o en los que obstruyen el conducto cervical o vaginal, la hemorragia constituye un síntoma casi constante debido a los procesos ulcerosos secundarios que se producen. Por regla general la sangría es de tipo metrorrágico y moderada, pero puede ser copiosísima. En una serie de 401 pacientes con sangrado postmenopáusico, se encontró que el 23% de la causa eran pólipos endometriales.(2,4).

Cuando la circulación sanguínea se interrumpe a nivel del pedículo, los pólipos de gran tamaño se necrosan y sufren esfacelo, lo que da por resultado una secreción fétida a más de la hemorragia. Ha sido generalmente aceptado que los pólipos endometriales tienen poca tendencia a ir acompañados de cáncer del fondo, o transformarse en él. Pero en las épocas menopausicas y postmenopausicas difícilmente podrían considerarse tales lesiones confiadamente. Los pólipos en la mujer postmenopáusica deben considerarse con cierto grado de sospecha por la frecuente asociación con procesos malignos. Aunque el propio pólipo raramente sufre degeneración maligna (0.5-1%).(2).

El análisis de unos 1100 pólipos revelo que el 10 al 15% estaban asociados a mujeres postmenopáusicas a malignidad. Las lesiones polipoides atípicas recurrentes o adenomatosas no deberían considerarse tan conservadoramente, pueden asociarse a cáncer del endometrio o ser sus precursoras.(2,4).

Los pólipos que se proyectan a través del conducto cervical se diagnostican rápidamente aunque no siempre resulta fácil saber si asientan en el cuello o en el endometrio, hecho que por otra parte suele carecer de importancia práctica pues el procedimiento terapéutico es el mismo en ambos casos. En los tumores endometriales sobre todo en los de gran volumen hay que dilatar el cuello y extirpar el pólipo, si no se puede realizar esto o en caso de tener paridad satisfecha se opta por la histerectomía abdominal.(2,21)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFERMEDADES MALIGNAS DEL ÚTERO.

CARCINOMA DEL CUELLO

En un tiempo era el tumor maligno más frecuente del aparato reproductor femenino. En la actualidad el carcinoma de endometrio tiene una frecuencia similar. El carcinoma de cuello uterino constituye aproximadamente el 40% de los cánceres del aparato reproductor femenino, casi todos de células epiteliales o carcinomas planos, en tanto que un 5% son adenocarcinomas. (2,4).

El tumor se presenta sobre todo en mujeres que han empezado a tener hijos a temprana edad. El cambio maligno ocurre en la unión entre epitelio plano y cilíndrico, región que sufre cambios inflamatorios después del embarazo. Se han visto virus relacionados con el tumor sobre todo del tipo de herpes simple II (HSV-II). Otros virus son el papiloma humano(11,16,21,32) y el citomegalovirus.(21).

Puede descubrirse un carcinoma del cuello uterino en una mujer asintomática o que tiene hemorragia intramenstrual o sufrir pérdida sanguínea escasa después de la ducha vaginal o del coito. Cualquier pérdida sanguínea irregular en fecha diferente de la menstruación es signo de peligro en una mujer en edad reproductora. La hemorragia postmenopausica también puede ser causada por un carcinoma cervicouterino, pero se presenta más a menudo en el cáncer endometrial. El dolor es una manifestación tardía de la enfermedad, e igual que el malestar general.(2,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

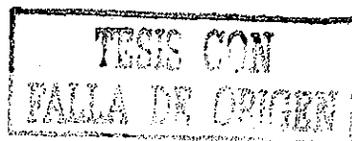
El frotis de papanicolau permite estudiar grandes grupos de población y descubrir tumores cervicales con una precisión del 95%. Si bien el frotis permite sospechar una lesión maligna el diagnóstico de carcinoma cervicouterino solo puede hacerse mediante biopsia, no se descarta en forma definitiva un tumor maligno mediante frotis de papanicolau benigno, y las regiones sospechosas deben ser objeto biopsia. Un frotis de papanicolau con resultado sospechoso o con células malignas también requiere estudio adicional mediante biopsia.(3).

La coloscopia ayuda a identificar tipos anormales de distribución vascular y epitelial en la zona de transformación. Si la coloscopia no es satisfactoria suele ser necesaria una conización del cuello uterino para descartar carcinoma invasor, puede utilizarse el colorante de Shiller o el lugol como guía inespecífica para la biopsia. (4).

El frotis de papanicolau es particularmente importante porque no solo puede descubrir células simplemente malignas, sino también cambios del epitelio potencialmente malignos (displasias) o carcinomas in situ, según la intensidad de las alteraciones del epitelio cervical. La displasia es un cambio premaligno. La destrucción local de este cambio premaligno lo erradica si se abarca toda la zona de atipia. Las pacientes deben ser estudiadas y vigiladas en su evolución para comprobar que no haya un cambio cervical más grave o se presente en el futuro. (21).

Carcinoma in situ. Es una lesión donde el epitelio maligno está limitado a la superficie del cuello uterino, no hay invasión de las capas cervicales profundas por células malignas. A pesar del potencial maligno de la lesión, no hace metástasis. Se considera precursor del carcinoma invasor por:

- 1.- El máximo de aparición de carcinoma in situ tiene lugar casi 10 años antes que el correspondiente al carcinoma invasor del cuello uterino.
- 2.- Es frecuente en casos de carcinoma cervico uterino invasor, encontrar zonas vecinas de carcinoma in situ.
- 3.- Se han observado unas cuantas pacientes con carcinoma in situ que después desarrollan un carcinoma invasor.



Debe diferenciarse el carcinoma in situ del invasor, pues tales lesiones pueden coexistir. Es vital descartar un carcinoma invasor, en ocasiones se necesita hospitalización para hacer una conización diagnóstica sino es posible hacer un diagnóstico adecuado mediante biopsia en sacabocado y colposcopia. Si puede establecerse el diagnóstico de carcinoma in situ sin invasión, el tratamiento adecuado es una conización cervical o una histerectomía total abdominal. (9).

Todas las pacientes tratadas por carcinoma in situ deben vigilarse anualmente mediante frotis vaginales, pues el epitelio plano restante de la vagina puede sufrir cambios malignos en el futuro. Las pacientes con carcinoma in situ que desean conservar su capacidad reproductora pueden tratarse mediante conización terapéutica del cuello, se han utilizado técnicas de destrucción local como criocirugía, cauterización o láser para tratar el carcinoma in situ. (2,3).

Carcinoma invasor. El carcinoma del cuello uterino es un tumor invasor local que se disemina por la superficie del epitelio adyacente y puede invadir las paredes musculares subyacentes para propagarse por vía linfática. Las regiones paracervical y parametrial son sitios primarios de diseminación, donde a menudo se descubren los primeros ganglios con metástasis. El tumor se disemina hacia la pared pélvica a lo largo de los vasos hipogástricos, posteriormente a regiones de las arterias ilíacas primitiva y externa. Como manifestación tardía el tumor se extiende fuera de la pelvis verdadera. En casos no tratados puede ocurrir la muerte por hemorragia debida a erosión de un vaso sanguíneo importante o por obstrucción urinaria seguida de uremia mientras la enfermedad permanece confinada a la cavidad pélvica.(4,21).

Debe determinarse la extensión de la enfermedad mediante radiografías, sigmoidoscopia, cistoscopia y exploración de la pelvis bajo anestesia general.

Etapa I se refiere al carcinoma invasor limitado al cuello uterino, si la invasión es de 3mm o menos sin afcción vascular o linfática se hace diagnóstico de carcinoma microinvasor. Todos los demás carcinomas de la etapa I se incluyen en la etapa I-B.

La etapa II es aquella donde el carcinoma se extiende fuera del cuello uterino pero sin alcanzar la pared pélvica, limitado a los dos tercios superiores de la vagina. Casi todos los clínicos la subdividen en etapa II-A cuando solo esta afectada la vagina y II-B cuando lo están las regiones parametrial y paracervical.

Etapas III indica extensión del tumor al tercio inferior de la vagina o a la pared pélvica. Si el tumor ha producido hidronefrosis o riñon no funcional según la pielografía intravenosa, se incluye en etapa III.

La etapa IV representa una diseminación fuera de la pelvis o con invasión de la mucosa vesical o rectal.(2,4,21).

Tanto las intervenciones quirúrgicas radicales como la radioterapia constituyen tratamientos eficaces del carcinoma cervicouterino la forma de tratamiento dependerá de la extensión del tumor, el estado general de la paciente y los medios disponibles en el hospital.(2).

Etapas I y II-A. Casi todas las pacientes con carcinoma cervico uterino en etapa I o II A pueden tratarse con buen resultado mediante cirugía radical o radioterapia. Si se emplea la cirugía radical, en ocasiones puede conservarse la función ovárica las pacientes con inflamación local o infección pélvica deben tratarse quirúrgicamente pues podría desarrollarse una septicemia masiva si se utiliza radioterapia. Es parte integral del tratamiento quirúrgico adecuado la disección amplia en bloque.(4,5).

Etapas II-B, III, IV. En casos de carcinomas extensos se emplea inicialmente radiación externa. Como el tratamiento intracavitario solo es útil en presencia de tumor local, la radiación externa permite tratar todo el tumor antes de concentrarse en la pequeña parte central.(4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si las lesiones en etapas IV afectan vejiga o recto pero no la pared pélvica se utiliza un procedimiento quirúrgico radical en el que se extirpa la vejiga (exenteración anterior) o el recto (exenteración posterior) dado que la curación de tales tumores mediante radiación suele ser de menos del 5% a 5 años y pueden producirse fistulas. No obstante la radiación externa preliminar puede ser útil para disminuir el tamaño del tumor y la infección secundaria, se utilizan dosis menores de radioterapia cuando se planea un futuro tratamiento quirúrgico.(21).

La curabilidad del carcinoma de cuello uterino guarda relación directa con la extensión de la enfermedad en el momento en que se inicia el tratamiento. Los resultados han sido comparables después de cirugía como radioterapia. Las cifras de supervivencia aproximada a 5 años son: etapa I, 85%, etapa II, 50%, etapa III, 25%, etapa IV, 10%. Las lesiones en etapa I con ganglios negativos alcanza supervivencia de casi 90% a los 5 años. Cuando los ganglios son positivos esta cifra se reduce hasta 45%. (2,4,8).

CARCINOMA ENDOMETRIAL.

Casi todos los tumores malignos del cuerpo uterino se originan en las glándulas del endometrio. El tumor más frecuente es el adenocarcinoma. Los carcinomas de endometrio son cada vez más frecuentes, sobre todo en mujeres de raza blanca, constituyen casi el 40% de los tumores del aparato reproductor femenino, casi todos los casos se presentan en el sexto decenio de la vida, relacionados con nuliparidad o maternidad tardía. También hay una frecuencia elevada de carcinoma endometrial en pacientes obesas, diabéticas e hipertensas. (2,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El endometrio es exquisitamente sensible al estímulo hormonal, y una estimulación anormal del endometrio podría participar en la aparición de ciertos carcinomas endometriales. Se ha observado mayor frecuencia de carcinoma endometrial en pacientes con estimulación estrógena excesiva y prolongada, como la debida a tumores secretantes de estrógenos, así como en pacientes bajo tratamiento estrógeno de reposición después de la menopausia.(2,3)

Se inicia con crecimiento local hiperplásico de las glándulas endometriales en forma de pólipo endometrial; después se produce hiperplasia quística, seguida de hiperplasia adenomatosa, finalmente de carcinoma in situ del endometrio. Esta serie de cambios puede presentarse en forma similar a la descrita para el cervico uterino, aunque los estímulos son muy diferentes.(2).

Este carcinoma se puede dividir: etapa I: Carcinoma limitado al cuerpo; etapa I-A histerometría de 8cm o menor; I-B histerometría mayor de 8cm: Etapa II carcinoma que afecta cuerpo y cuello uterino: Etapa III carcinoma que se extiende fuera del útero pero está limitado a la pelvis verdadera. Etapa IV carcinoma que se extiende fuera de la pelvis verdadera o afecta a la mucosa vesical o rectal. (2,4).

También es importante el grado de carcinoma endometrial. En general se admiten tres: (GI,GII,GIII), el último corresponde a la forma menos diferenciada. Al principio el carcinoma endometrial invade el miometrio, después los linfáticos. Cuando el tumor se encuentra en parte baja de útero y afecta el cuello, las vías de diseminación son las mismas que para el carcinoma cervical. Por el contrario la diseminación del tumor desde la parte superior del fondo se dirige a los ganglios aórticos o inguinales, fuera de los límites del tratamiento con cirugía pélvica radical. (2,3).

El método primario de tratamiento del carcinoma de endometrio es quirúrgico, por lo general una histerectomía simple total cuando es bien diferenciado y esta limitado al fondo del órgano. Se toma muestras de ganglios linfáticos regionales y en ocasiones de los paraaórticos para precisar la diseminación potencial de la enfermedad fuera del útero.(4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los casos en que esta afectado el cuello se realiza el tratamiento de preferencia según lo señalado al cáncer cervico utérino. Se emplea radioterapia externa cuando hay un útero voluminoso lleno de tumor, cuando la neoplasia es poco diferenciada, o cuando hay invasión profunda del miometrio. Se usa solamente radioterapia en pacientes que no pueden tolerar el tratamiento quirúrgico. Posteriormente se les administra terapia local adicional de radio. (2,4,21).

Varián según la extensión del carcinoma endometrial tratado originalmente, la supervivencia de pacientes con tumores limitados al fondo, tratados quirúrgicamente es buena, con un porcentaje de 60-80% libres de enfermedad a los 5 años. En las no tratadas así, se considera que por razones medicas o por diseminación del tumor, el rango disminuye en forma importante en la supervivencia a 5 años, la cifra global de supervivencia es aproximadamente de 50-60%. (21).

Las metástasis se observan con mayor frecuencia en vagina, sobre todo en la región subrectal o en el vértice. En ocasiones se pueden presentar en pelvis ósea. Siendo las metástasis distantes, más frecuentes en pulmón e hígado. (21).

El tratamiento de las recidivas del carcinoma endometrial dependen de su localización y la extensión del tumor. En caso de recidiva local en la pelvis, el tratamiento es mediante radiaciones. Si hay un gran tumor recidivante de localización central dentro de la pelvis sobre todo si ya se ha usado la radioterapia, se debe considerar la alternativa de cirugía pélvica radical. (21)

Metástasis de carcinoma de endometrio se han tratado con éxito mediante altas dosis de progestacionales. Se ha empleado delalutin (caproato de 17-hidroxiprogesterona), depo-provera (medroxiprogesterona), megase(acetato de megasol) se han reportado casos donde su empleo produjo regresión del nódulo metastásico, sobre todo en el pulmón. (21).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los tumores diferenciados dan la mejor respuesta, en tanto que los muy indiferenciados o los que ya han sido radiados tienen una respuesta menos satisfactoria. La tasa de respuesta global se ha estimado en un 25%. (21).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ENFERMEDADES GINECOLOGICAS Y COMPLICACIONES.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL SIMPLE.

La histerectomía abdominal total, correctamente realizada es una operación eficaz que no entraña peligro. (2).

Aunque los grandes fibromas uterinos, los tumores malignos y la existencia de enfermedad inflamatoria de la pelvis pueden complicar la operación, es raro que estos estados sean la enfermedad de fondo observada en las pacientes que sufren estas lesiones, sino que las lesiones ocurren en la histerectomía simple que se hace por metrorragia persistente, carcinoma in situ o endometriosis mínima, en que el útero es anatómicamente normal y hay poca alteración en la posición del intestino o de las vías urinarias. (7).

Los tumores diferenciados dan la mejor respuesta, en tanto que los muy indiferenciados o los que ya han sido radiados tienen una respuesta menos satisfactoria. La tasa de respuesta global se ha estimado en un 25%.(21).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ENFERMEDADES GINECOLOGICAS Y COMPLICACIONES.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL SIMPLE.

La histerectomía abdominal total, correctamente realizada es una operación eficaz que no entraña peligro. (2).

Aunque los grandes fibromas uterinos, los tumores malignos y la existencia de enfermedad inflamatoria de la pelvis pueden complicar la operación, es raro que estos estados sean la enfermedad de fondo observada en las pacientes que sufren estas lesiones, sino que las lesiones ocurren en la histerectomía simple que se hace por metrorragia persistente, carcinoma in situ o endometriosis mínima, en que el útero es anatómicamente normal y hay poca alteración en la posición del intestino o de las vías urinarias.(7).

Indicaciones: cuando la histerectomía se ha de realizar por un estado benigno como disfunción menstrual prolongada, pequeños fibromas o relajación pelviana; optese por una histerectomía vaginal siempre y cuando sea posible. (7).

Prolapso uterino es una de las indicaciones más frecuente de la histerectomía. El prolapso uterino es una de las facetas de una relajación aoneurotica generalizada que se acompaña de cistorrectocele, la histerectomía vaginal con reparación de esta relajación es un recurso sencillo, expeditivo y eficaz.(7).

La histerectomía total abdominal sola es inadecuada para resolver este problema y se debe de reservar para los pacientes con agrandamiento uterino por fibromas o adenomiosis, neoplasia útero-ovarica o un estado que puede complicar la histerectomía vaginal, como endometriosis pelviana extensa o una enfermedad inflamatoria pélvica,(7).

Es probable que las complicaciones de los fibromas uterinos sean la indicación más frecuente de la histerectomía. Que puede estar indicada, por el tamaño de los fibromas(mayores de un embarazo de 3 meses) su localización (fibromas submucosos que ocasionan metrorragias copiosas e intratables, fibromas pediculados difíciles de diferenciar de tumores ováricos, fibromas subvesicales o intraligamentarios que ocasionan compresión vesical o uretral) o su rápido crecimiento que puede significar tumor maligno.(4).

Aunque la histerectomía vaginal es apropiada para muchos de estos estados se requiere cierta morcelación uterina, por lo que muchas veces el procedimiento de elección es la histerectomía por la vía abdominal.(7).

La endometriosis y la adenomiosis continuan siendo las indicaciones comunes de la histerectomía abdominal por dolor pelviano, infertilidad, endometriomas ovaricos y disfunción menstrual incapacitante.(5).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La histerectomía abdominal es el tratamiento correcto de la endometriosis que ocasiona síntomas pelvianos progresivos e incapacitantes en pacientes que han tenido un número suficiente de hijos. Cuando la enfermedad es avanzada infiltra extensamente las estructuras pelvianas contiguas, rectosigmoides íleon, vejiga o comprime el uréter se debe realizar una Oforectomía bilateral junto con la histerectomía abdominal casi sin tener en cuenta la edad de la paciente.(7).

Muchas veces conviene conservar la función ovarica en la paciente joven que tiene una endometriosis que no es muy extensa, y que en su mayor parte se puede abarcar con la histerectomía o con una excisión local adicional y fulguración. Se refiere en la literatura que en contados casos en ausencia del útero, el ovario conservado permite que se reactive la endometriosis.(7).

Merced a la disponibilidad de una antibioticoterapia eficaz, es infrecuente que se requiera histerectomía para tratar la enfermedad inflamatoria aguda de la pelvis, pero si la infección progresa al formar un absceso tubo-ovarico, muchas infecciones debidas a aborto séptico pueden requerir una histerectomía abdominal junto con una salpingooforectomia.(7).

La enfermedad inflamatoria crónica de la pelvis que suele ser consecuencia de múltiples episodios infecciosos de repetición, muchas veces conduce a un dolor pelviano incapacitante y a una disfunción menstrual, por lo que se requiere histerectomía total abdominal y salpingooforectomia bilateral para resolver el problema.(4)

La histerectomía abdominal inocua, cualquiera que sea la técnica, requiere de una exposición excelente. Muchas veces se intentan intervenciones quirúrgicas con incisiones abdominales inadecuadas que conducen a exposiciones y disecciones incorrectas promoviendo de esta manera los pensamientos y la sobresutura relativamente a ciegas, estos factores a los cuales se considera responsables de muchas lesiones inadvertidas que explican la gran incidencia de fistulas genitourinarias e intestinales consecutivas a la histerectomía.(7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El porcentaje de lesiones que se refiere en la literatura en la realización de histerectomía simple varía del 4 - 7%. La incisión transversa corta ofrece una exposición insatisfactoria para hacer la histerectomía abdominal si el útero está muy agrandado. Si los tumores uterinos no son demasiado grandes, la incisión transversa larga a través de los músculos ofrece una exposición adecuada, para eliminar la mayoría de las enfermedades pélvicas permitiendo hacer una identificación adecuada una disección amplia y una buena visualización de la vejiga recto y ureteres; Pero en los tumores más grandes y en cualquier otro estado que fije la posición del útero, afecta el intestino, y comprime los ureteres, por lo cual se requiere una disección tediosa y difícil es preferible y más seguro realizar una incisión de buen tamaño en la línea media, que se puede prolongar lo suficiente como para asegurar un campo quirúrgico adecuado.(6,7).

Para reducir al mínimo la incidencia relativamente grande de lesiones intestinales y del tracto urinario, el primer paso de la histerectomía abdominal, debe consistir en identificar los ureteres encima del nivel de la enfermedad pélvica y exponerlos hasta nivel de la arteria uterina.(4,7).

La identificación de los ureteres después de haber movilizado la lesión o después de una hemorragia copiosa y de haber pinzado a ciegas, puede ser difícil infructosa y peligrosa.(7).

A veces el grado de fibrosis y de induración edematosa no permite hacer una buena palpación, visualización, o identificación de los dos a los tres cm inferiores del uréter, que son los más vulnerables de sufrir lesión, en particular si hay endometriosis y/o enfermedad inflamatoria de la pelvis en el área del ligamento uterosacro y en la base del ligamento ancho. La inserción intraoperatoria de catéteres intrauretrales antes de comenzar la disección de esta área ofrece cierta seguridad.(7).

Es mucho más seguro y expeditivo hacer una cistectomía anterior. Es raro que la inserción preoperatoria de catéteres uretrales este indicada o sea necesaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es esencial que el primer ayudante ejerza una tracción cefálica vigorosa del útero, de la pared anterior de la vagina, la tracción y la rotación hacia delante en dirección contraria al ovario y a la trompa hacen que estos tejidos se tornen más accesibles.(4,7).

Una vez completada la histerectomía en que desaparece el sitio de la tracción, los esfuerzos adicionales por liberar la vejiga o el recto se tornan difíciles y quizá riesgosos. La vejiga y el recto deben de disecarse por lo menos 1 cm más allá del sitio proyectado, para hacer la transección vaginal. (4).

Aunque durante la operación se involucra un órgano relativamente contaminado como es la vagina, la incidencia de complicaciones infecciosas en el posoperatorio de la histerectomía abdominal es relativamente baja. La hemostasia minuciosa y empleo de material de sutura fino, evitando las ligaduras en masa, reducen considerablemente la necrosis de los tejidos.(7).

Resumiendo: los principios quirúrgicos de la histerectomía abdominal que se deben considerar, aunque a menudo no se cumplen, consisten en hacer una buena elección del tipo de incisión y longitud de la misma para obtener una buena exposición, efectuar una disección limpia y cortante para no lesionar estructuras adyacentes como los ureteres, la vejiga y el recto y facilitar el reconocimiento y reparación inmediata en caso de presentarse lesiones y prevenir complicaciones, así como prevenir las infecciones con un cuidadoso manejo de los tejidos evitando las ligaduras en masa y haciendo una hemostasia minuciosa.(6,7).

HISTERECTOMIA RADICAL.

La primera histerectomía abdominal simple por carcinoma del cuello uterino fue realizado por Lagensbeck en 1825. en 1895 Reis de Chicago, describió la primera operación abdominal radical, que posteriormente fue practicada por Clarck de Filadelfia. Aunque muchos cirujanos ginecologicos hacían la operación radical como rutina Wertheim tiene el mérito de haber sido el primero en desarrollarla como la operación que se practica en toda Europa y Gran Bretaña. Como la mortalidad quirúrgica era demasiado alta (15-20%) y la mortalidad de la radioterapia era tan baja, muchos abandonaron el tratamiento quirúrgico. (7).

A los 25 años de la introducción del radio a comienzos de la década de 1900, como tratamiento primario del carcinoma cervical se evidencio que no se podía administrar una dosis de radiación cancericida en las áreas ocupadas por los ganglios pelvianos regionales, esto indujo a Leveuf de Francia, a sugerir la resección quirúrgica de los ganglios regionales junto con un tratamiento radioterapico convencional e ideo una operación extraperitoneal para ese fin. (7).

Taussig adopto la idea en 1934 y realizo un procedimiento similar en 175 pacientes. La operación de Taussig se hacia por vía transperitoneal combinando la histerectomía radical de Wertheim con la linfadenectomia pelviana ampliada. La comparación de sus resultados, con los obtenidos de casos de extensión neoplásica y tratamientos similares pero sin hacer linfadenectomia de rutina, arrojó un aumento del 10% en la sobrevida a los 5 años en el grupo de Taussig.(7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1944 Meiggs presento 47 pacientes tratados con histerectomía radical junto con disección bilateral de los ganglios linfáticos pelvianos. La mortalidad quirúrgica fue 0% y los ganglios linfáticos resultaron ser positivos en el 17% de los carcinomas cervicales en las etapas I Y II. (7,9).

Muchas publicaciones que revelan en la actualidad que el carcinoma de cuello uterino en las etapas IB y IIA se puede conseguir un índice de sobrevida a los 5 años del 87 al 92% haciendo radioterapia primaria o histerectomía radical primaria junto con linfadenectomía pelviana. Los partidarios de la histerectomía primaria señalan las siguientes ventajas sobre la radioterapia; muchas mujeres jóvenes llegan con la enfermedad invasiva inicial. siendo importante en ellas preservar la función ovarica y sexual pudiendo evitar las complicaciones de la radioterapia tardía; la etapa clínica puede confirmarse con la exploración quirúrgica, se elimina el tumor primario, los índices de sobrevida son menores y son comparables al manejo radioterapéutico de lesiones similares pudiendo a los cirujanos jóvenes enseñar la anatomía de la pelvis y las técnicas de la cirugía pelviana.(7).

Algunos autores refieren que el empleo de la histerectomía radical para tratar el carcinoma de cuello uterino, solo es limitado por la etapa de la enfermedad. Prácticamente todas las pacientes con carcinoma cervical en las etapas IB y IIA toleran esta operación, también como tolerarían de 4 a 6semanas de radioterapia intensiva.(3,7).

Es lamentable que la histerectomía radical pueda asociarse con una gran morbilidad y una incidencia prohibitiva de fistulas genitourinarias si los cirujanos no realizan esta operación con suficiente frecuencia como para conservar su pericia y eficiencia. (3,7).

Entre los efectos adversos de la histerectomía radical pueden mencionarse:
Complicaciones de lesiones ureterales, fistulas o estenosis, hemorragias

transoperatorias, lesión nerviosa, edema de miembros inferiores secundarios a resección de cadenas linfáticas. El mejoramiento en las técnicas para liberar el uréter del parametrio y del ligamento vesicouterino, haciendo énfasis en maniobras gentiles para el manejo del uréter y de no desnudarlo de su adventicia han hecho descender el promedio de lesiones del 10 al 15% hasta en un 9% general.(3,7,21).

Otras de las complicaciones potenciales de la histerectomía radical distintas a lesión ureteral comprenden: Acortamiento de vagina, disfunción vesical, presentación de trombosis venosa profunda con tromboembolia pulmonar y otra complicación como es el sangrado transoperatorio.(3,4,9,21)

RESECCION EN CUÑA DE OVARIO.

Se ha considerado como una operación por infertilidad.El cirujano debe resear lesiones del ovario como un cuerpo amarillo o un quiste, o realizar una ovariolisis. El cirujano que trata la tuba uterina, también debe de tratar el ovario en las endometriosis y en ciertas enfermedades endocrinas como ejemplo: realizar una resección en cuña por la enfermedad de Stein Leventhal. Esta resección se hace eliminando una cuña de tejido que equivale más o menos a un tercio de la masa ovarica, se hace una toma laterolateral, para cerrar el espacio muerto en el ovario previniendo de esta manera la hemorragia y la necrosis hemorrágica, prestando cuidadosa atención al ovario en el momento de la operación, se han obtenido índices más altos de embarazo y menor incidencia de adherencias en el postoperatorio.(2,4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO QUIRURGICO DEL CARCINOMA DE OVARIO.

El principio básico de la terapia quirúrgica para el carcinoma de ovario es la remoción de la lesión primaria y hasta donde sea posible de las metástasis sin poner la vida de la paciente en peligro para carcinoma ovárico unilateral en una mujer joven, la trompa adyacente al ovario es resecaado junto con la pieza por la posibilidad de ser un sitio de metástasis y el ovario contralateral aunque parezca aparentemente normal será sujeto a biopsia. Esto dará la información máxima del estado del tumor sin comprometer la fertilidad de la mujer. Cuando no se considera la fertilidad el anexo contralateral es resecaado.(2,4).

Las indicaciones para resecaar el ovario contralateral durante el procedimiento quirúrgico son:

- 1) Es necesario (macroscopicamente esta afectado).
- 2) El resultado de la biopsia reporta metástasis o carcinoma primario.
- 3) Puede existir un incremento en el riesgo de desarrollar carcinoma en el ovario no afectado.

Por estas razones, aunque no se ha demostrado con los resultados superioridad en los protocolos de estudio realizados con oforectomia unilateral o bilateral, el procedimiento se ha estandarizado.(2,21).

Otro aspecto controversial es la resección del útero pero es generalmente recomendada como parte integral del tratamiento en el cáncer de ovario resecaable argumentando a su favor los siguientes puntos:

- 1) Es sitio común de metástasis linfáticas.
- 2) Puede coexistir un tumor endometrial primario.
- 3) Pueden existir implantes en la serosa.



- 4) Se puede prescindir del órgano cuando la fertilidad no esta considerada.
- 5) Generalmente se puede reseca sin elevar importantemente el riesgo.
- 6) Las pacientes con cáncer de ovario tienen un riesgo importante para desarrollar otras tumoraciones primarias de origen mullerianas.

En 1976 Ovell encontró que de 103 mujeres con carcinoma de ovario, con un rango de sobrevivida de 10 años y con el útero preservado, 10 pacientes desarrollaron carcinoma endometrial y 6 carcinoma cervical.(2,4,18).

Las complicaciones de la cirugía del carcinoma de ovario son similares a las observadas para la histerectomía radical.(2,4,2

RECANALIZACION TUBARICA.

En los últimos años se ha popularizado la tendencia de la anastomosis de la trompa luego de haber hecho la ligadura tubarica. Este procedimiento generalmente se realiza porque ha cambiado el estado matrimonial o se ha perdido un niño.(3).

La mayoría de las mujeres que solicitan la recanalización de las trompas, eran jóvenes cuando se les hizo este procedimiento, no habían sido correctamente asesoradas y tomaron la decisión en un momento de disturbio emocional.

La microcirugía ha contribuido al alto índice del resultado exitoso de estos procedimientos. Los resultados son mejores cuando se hace una anastomosis medio ampular istmoampular o istmo-istmica. Este procedimiento es muy eficaz si se practica posterior a una cirugía de tipo Pomeroy o de una ligadura tubarica excisional.(3,4).

En pacientes en las cuales se utilizo el cauterio para cerrar la trompa, muchas veces es preciso realizar una anastomosis intersticial istmica. Un problema que se debe resolver es la diferencia de tamaño de los cabos que se anastomosan.(3).

Las operaciones tubaricas para fibriolisis, anastomosis y salpingostomias lineal arrojan un índice de buenos éxitos que va del 30 al 60%. Las complicaciones que se pueden encontrar al realizar este procedimiento son:

- 1) Embarazos ectópicos hasta en un 10%, debido probablemente a estrechamiento tubarico condicionado por la manipulación quirúrgica, o una alteración del mecanismo fisiológico de la trompa antes de la operación o durante ella.
- 2) Sangrado al realizar la liberación de adherencias y posterior si no se realiza adecuada hemostasia.

Puede haber lesión ureteral por tracción del uretero condicionada por la presencia de adherencias.(2,3).

MIOMECTOMIA.

Para realizar la miomectomia se incide la cápsula y se disecciona con escalpelo o el cauterio para liberarlo de su cápsula. El pedículo vascular del mioma se pinza y se liga. Para facilitar la disección y aislar el pedículo vascular conviene retorcer el mioma sobre su pedículo.(3).



La solución de continuidad en el útero se cierra con puntos separados de Vicril 3-0 después de haber recortado de modo que se obtenga una aproximación adecuada. Se puede colocar una capa de puntos separados de Lembert de la misma manera que en la metroplastía. Se debe hacer todo lo posible para obtener una buena hemostasia porque tiende a ocurrir hemorragia en el espacio muerto esto se debe hacer constar porque la debilidad del músculo, hará necesaria en el futuro una operación cesárea, para evitar que el útero se rompa durante el trabajo de parto. Muchos de estos procedimientos son difíciles por la cantidad de miomas y por la escasez de tejido normal para hacer el replazo total. La alteración anatómica secundaria a deformidad por los miomas puede favorecer la lesión ureteral si no se disecciona cuidadosamente, además es más factible la lesión cuando se trata de miomas intraligamentarios incrementándose el riesgo hasta un 4% de los casos.(2,3,4,7,8).

B.- LESIONES UROLOGICAS. SITUACION ACTUAL Y MANEJO.

A través de la vida de la mujer puede haber más de una operación de naturaleza ginecológica. La prevalencia de enfermedades venéreas y sus secuelas; el deseo de iniciar, retrasar o terminar la función reproductora y la necesidad de realizar una cesarea son causas repetitivas de cirugía ginecológica, múltiples entradas dentro de la cavidad peritoneal y procedimientos sucesivos en algunos otros órganos pélvicos predisponen a las pacientes a complicaciones (7,1)

El hecho de que el útero trompas y ovarios estén suspendidos en la cavidad por ligamentos y estos acompañen a su paquete vascular, anima al cirujano a la disección poco cuidadosa y a pinzar pedículos gruesos con múltiples pinzas y suturas largas. Cuando la cirugía se realiza de esta manera se puede lesionar órganos o sistemas adyacentes. Además cuando la cirugía se realiza de esta manera se predispone a la paciente a hemorragia intra o postoperatoria y dejar tras de sí una cantidad excesiva de tejido traumatizado que puede ser un nido para la infección.(7,1).

Las operaciones ginecológicas requieren con bastante frecuencia una combinación de procedimientos quirúrgicos relacionados, como en la corrección de relajaciones pélvicas o la remoción de neoplasias ginecológicas. Esta es la razón de que los múltiples procedimientos incrementan el promedio de incidencia de complicaciones de un 10 a 15% del total de cirugías ginecológicas realizadas. Las emergencias ginecológicas son menos frecuentes que el resto de las urgencias. Por lo que la mayoría de las pacientes tienen tiempo suficiente para un adecuado protocolo preoperatorio; la citología cervical, se realiza en forma rutinaria, las anemias pueden ser diagnosticadas y tratadas; las infecciones son tratadas, realizando cultivos y erradicándose; Realizar electrocardiogramas, rayos X de tórax cuando sea necesario. La ultrasonografía pélvica, pielografía intravenosa, cistoscopia, sigmoidoscopia, y enemas de bario se indican cuando hay necesidad de evaluar masas pélvicas o si se sospecha alguna malignidad ginecológica.(4,7,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La relación con las lesiones Urológicas en los procedimientos de Cirugía Ginecológica se mencionan en varios estudios con un porcentaje de lesiones que va del 4 al 7 % del total de las cirugías realizadas. (4,5,6,7,8,9,10,13).

La decisión entre una incisión transversa o vertical esta influida por los hallazgos durante la examinación pélvica y el diagnóstico preoperatorio. Una inadecuada o inapropiada incisión abdominal puede complicar el procedimiento.

Incisiones abdominales repetidas pueden resultar en hernias postincisionales. La remoción de cicatrices anteriores, generalmente influye en la apariencia y reparación de la herida.

Las incisiones abdominales transversas son adecuadas para cirugía ginecológica y cesáreas. Las ventajas son baja incidencia de complicaciones de herida, como hernia incisional, y una adecuada apariencia cosmética, además de menor dolor postoperatorio, lo que lleva a una ambulación temprana. Sus desventajas son un incremento en el tiempo para realizarla, la pérdida sanguínea y una limitada exposición abdominal.(7)

La entrada a la cavidad peritoneal puede asociarse con lesión vesical o intestinal, para evitar la lesión es recomendable que el punto de entrada sea en la porción cefálica de la herida y observar claramente la incisión en el peritoneo.

La vejiga por su localización anatómica es sujeto de lesión directa o indirecta durante la cirugía pélvica. Los más frecuentes sitios de lesión vesical son el domo, durante la entrada a la cavidad peritoneal; el fondo durante la disección y el desplazamiento de la superficie anterior del útero; los márgenes laterales cuando se pinza y sutura el ligamento cardinal y la base del trigono, cuando se corta el cervix y se sutura la cúpula vaginal. Durante la peritonización de la pelvis, las suturas pueden ser colocadas en la vejiga.(7,22).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las operaciones por cesarea, infecciones, endometriosis, alteraciones de la anatomía por tumores, complican la disección y predisponen a la paciente a la lesión. La hematuria es generalmente un signo de trauma de la mucosa vesical por el catéter o contusión vesical indirecta por retracción y disección, las laceraciones de la vejiga pueden ser demostradas por administración de colorantes con solución fisiológica para distender la vejiga a través de la sonda de foley y mostrar el sitio de lesión. (6,7).

Lesiones parciales de la pared vesical pueden ser reforzadas por puntos separados invaginantes con sutura absorbible. Lesiones totales de la pared, requieren un cierre en dos planos con material absorbible. Cuando se sutura cerca del trigono es muy importante evitar aprisionar o lesionar el uréter intramural, por esta razón es importante cateterizar el uréter, ya sea transvesical o transuretral para evitar esta complicación, las lesiones de la vejiga normalmente requieren un drenaje con sonda durante 7-10 días ya sea por una vía suprapubica o transuretral para una adecuada recuperación, la mejor posición del catéter es en donde no este en contacto con la línea de sutura. (5,6,7).

El uréter puede ser lesionado el cualquier punto en su transcurso por la pelvis. Es más frecuentemente lesionado cuando se pinza y sutura el ligamento cardinal, la arteria uterina o el ligamento infundibulopelvico y los vasos ováricos. Cuando las ligaduras se colocan en sitios sin disección cuidadosa, para controlar hemorragias pélvicas, el riesgo de lesión ureteral debe ser considerado.(1,2,4)

Durante la cirugía los ureteres pueden ser cortados, aplastados, suturados, incididos, divididos o desvascularizados. La sospecha de una lesión ureteral es una razón suficiente para efectuar la disección pélvica del curso del uréter. La lesión se observa con aplicación de indigo carmin diluido por inyección intraureteral, por pielografía intravenosa transoperatoria, o por la inserción de un catéter ureteral. Los catéteres ureterales pueden insertarse por ureterotomía lineal, transevesical, por cistostomía o transuretral por cistoscopia.(6,7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La sección y ligadura del uréter requiere remoción de la sutura y corte de la sección obstruida, los segmentos aplastados deben ser observados para su viabilidad. Las lesiones menores por aplastamiento pueden ser tratadas con drenaje extraperitoneal, solamente, si es más extenso se utilizan stents ureterales. Aplastamientos extensos del uréter requieren excisión del segmento y uretero-ureterostomía primaria, o Ureteroneocistostomía, laceraciones parciales del uréter pueden ser suturadas con puntos separados extramucosos con sutura absorbible. La sección completa o la pérdida de un segmento del uréter requiere diferentes manejos dependiendo del sitio de localización de la lesión. Las lesiones de los 5 cm distales del uréter es mejor tratarlas con ureteroneocistostomía, las lesiones por arriba de este punto pueden ser tratadas por uretero-ureterostomía, transureteto-ureterostomía, drenaje con catéter ureteral extraperitoneal, ureterostomía cutánea, transplatación renal con ligadura del uréter.(7,15).

El procedimiento que se usa depende de muchos factores, localización y extensión de la lesión, causa de la cirugía, condiciones de los tejidos, estado renal, pronostico del paciente y experiencia del cirujano. Todas las anastomosis ureterales deben tener un drenaje extraperitoneal con técnica de aspiración cerrada y no estar en contacto con la anastomosis para evitar dehiscencia.(6,7,8).

En la cirugía vaginal el riesgo de complicaciones se incrementa con adherencias pélvicas densas secundarias a operaciones previas, a infecciones pélvicas o endometriosis. Las complicaciones de la histerectomía vaginal, con o sin salpingo- oforectomía incluyen hemorragia, lesión vesical o ureteral, lesión intestinal, lesión nerviosa e infección.

En estos procedimientos el uréter puede ser lesionado cuando se pinza o liga la arteria uterina, debido a la posición más anteroinferior del útero, el uréter está más propicio a lesión durante la cirugía del prolapso uterino. Si el uréter se pinza y/o liga y se retira la pinza o sutura se recomienda el drenaje por sonda por 7-10 días. Si hubo sección del mismo, esto se trata con ureteroneocistostomía transvaginal o transabdominal.



La sospecha de obstrucción parcial o completa durante el periodo postoperatorio es indicativo de pielografía intravenosa, cistoscopia o estudios retrogrados radiológicos. La obstrucción completa del ureter puede requerir nefrostomía peritoneal para preservar la función renal.

La colpografía anterior y posterior esta asociada con hemorragia excesiva y a lesión vesical y uretral como complicaciones. La disección de la uretra distal, la cual se encuentra dentro de la pared de la vagina, puede resultar con estenosis del meato y posteriormente requerir dilataciones. La excesiva movilización y plicación de la uretra causa daño a la irrigación e inervación y esto contribuye a la fibrosis y pérdida de la funcionalidad de la acción esfinteriana. Es importante no sobrecorregir un cistocele, debido a que la marcada elevación y fijación de la base de la vejiga, puede abolir el ángulo uretrovesical posterior y resultar la paciente con una incontinencia urinaria de estrés. Las suturas que atraviesen o pasen a través de la mucosa uretral, deben evitarse, sobre todo en los procedimientos de uretrosuspensión para prevenir posibles fistulas, las laceraciones deben ser identificadas en toda su extensión y ser reparadas en dos planos con material absorbible. Una adecuada disección por planos anatómicos y evitando disección lateral extensa ayuda para evitar el sangrado excesivo. La colocación postoperatoria de un paquete de gasas vaginales ayuda a obliterar los espacios submucosos y previene la formación de hematoma.(2,3,5,7,10).

La movilización excesiva y la plicación de la uretra pueden dañar el nervio accesorio y producir sangrado, contribuye a la fibrosis y presentar acciones disfuncionales en la acción esfinteriana. La elevación marcada y fijación de la base de la vejiga pueden abolir el ángulo uretro vesical posterior y resultar en incontinencia urinaria de estrés. Esto se refiere en la literatura en el 2% de los casos.(5,7,10).

En la realización de técnicas de uretrosuspensión las suturas que pasan a través del espacio de Retzius pueden atravesar la mucosa de la uretra o de vejiga y provocar hemorragias o posibles fistulas. En el caso de producirse laceraciones que estas se identifiquen se deben cerrar con sutura absorbible con dos capas de línea de sutura y tomando todo la extensión de la pared.(5,6,7,8).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La instalación de solución con pintura estéril ayuda a identificar las laceraciones y asegura el cierre impermeable. El drenaje vesical postoperatorio continuo es recomendado después de la colporrafia anterior. Si las laceraciones ocurren la cateterización debe continuar de 7 a 10 días más. El drenaje vesical puede ser por catéter por cistostomia transvaginal, transuretral o suprapubica. El catéter no debe colocarse cercano al sitio de lesión. (6,7).

La utilización del catéter vesical contribuye a la infección urinaria, la profilaxis antibiotica reduce en forma significativa el número de infecciones y deben realizarse cultivos de orina periódicos y antibiogramas para monitorizar y modificar la terapia. (7).

Las dificultades del vaciamiento y retención urinaria son comunes después de colporrafia anterior. Esto es generalmente debido a cirugía poco cuidadosa y oclusión parcial de la salida del liquido. La mayoría de estas dificultades desaparecen con el drenaje por un tiempo mayor a dos semanas, raramente es necesaria la dilatación uretral.(7).

La colporrafia posterior se ha asociado con la lesión del recto. Las laceraciones son cerradas en forma primaria con dos capas de sutura absorbible y aproximación de todas las capas. Las complicaciones tardías de la colporrafia incluyen estenosis vaginal y dispareunia. La mayoría de las estenosis responden a dilataciones repetidas, raramente se requiere de zetoplastias vaginales o colgajos cutáneos. (6,7)

La mayoría de las fistulas genitourinarias son causadas por cirugía ginecologica (1%). La fistula generalmente se abre directa o indirectamente dentro de la vagina. Una queja de perdida vaginal de orina es sugestiva de fistula urinaria, sobre todo si hay antecedentes de cirugía pélvica previa. La visualización de todas las paredes de la vagina generalmente revelan la presencia de la fistula.(7,13,14).

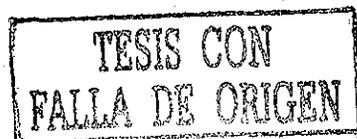
TESIS CON
FALLA DE ORIGINALIDAD

La posición en navaja sevillana con visualización de la pared vaginal anterior y maniobras gentiles pueden revelar el origen de la fistula. La instalación de tintura colorante en la vejiga generalmente sirve para conocer el origen de la fistula en la vejiga. Si la localización de la fistula es difícil, se realizan procedimientos como la administración de indigo carmín intravenoso o piridium y se coloca un tapón de gasa en la vagina y el cual se retira a los 30 min. La remoción cuidadosa del tapón, bajo visualización directa, mejora la identificación de la fistula la cual casi siempre en estos casos se encuentra en el axis vaginal.(7,14).

Las fistulas bajas del tracto urinario son indicativas para realizar uretroscopia y cistoscopia. Debe ser documentado el tamaño y la localización del defecto, y la condición de los tejidos circundantes es evaluada; y las relaciones entre o hacia los ureteres son determinadas. Pielografía intravenosa y estudios retrógrados son necesarios para la evaluación de la fistula uretral hay que recalcar que algunas fistulas son múltiples y tienen trayectos complejos.(7,14).

La fistula genitourinaria más común es la fistula vesicovaginal. La mayoría es el resultado de la histerectomía total y casi siempre esta localizada anterior al apex vaginal. Las pequeñas pueden cerrar espontáneamente con drenaje por sonda en forma prolongada. Las que no cierran en esta forma se pueden reparar por la colpocliesis parcial de Latzko este procedimiento remueve la mucosa vaginal cercana a la fistula y se realiza un cierre transverso en dos planos de la mucosa vaginal con sutura absorbible.(6,7,14).

Otros tipos de fistula vesicovaginal y fistulas uretrovaginales generalmente son reparados por técnicas vaginales. La técnica abdominal transvesical es preferida en algunos casos de fistula vesicovaginal complicada. Los principios de reparación generalmente usados son: movilización de la vejiga o pared uretral, excisión del trayecto fistuloso, cierre extramucoso con sutura absorbible y sin tensión en la línea de sutura.(6,7,14).



En todos los casos de fistula la vejiga debe ser drenada de 7 a 14 días postoperatoriamente. El drenaje suprapubico es el recomendado. Hay que tener cuidado de que la punta de la sonda no quede cerca de la línea de sutura.(16,7).

La fistula uretral puede ser diagnosticada por administración de índigo carmín y colocar en la vagina taponese deben realizar estudios de gabinete para corroborarla. Pequeñas fistulas uretrales pueden sanar si el catéter es pasado más halla de la apertura fistulosa y el flujo urinario se deriva. Si esto no es posible el paciente debe ser observado y manejado conservadoramente hasta el momento de la reparación quirúrgica. (16,14,7).

Si la obstrucción-ocurre y no se puede colocar un catéter retrogrado la nefrostomía esta considerada. La elección de la operación de la fístula varia de acuerdo al sitio de la lesión y el tamaño del uréter que debe ser removido. La ureteroneocistostomia es recomendada para fistulas bajas en la bifurcación de las arterias ilíacas, especialmente en casos asociados con irradiación pélvica previa o cirugía radical pélvica.(7,4).

La histerectomía radical puede ser asociada con lesión inmediata o tardía de órganos adyacentes. Esto es particularmente cierto cuando el procedimiento se realiza por recurrencia de cáncer, después de terapia radioactiva. La lesión ureteral o de tejidos que lleva a la formación de fistulas se reduce con la utilización de drenaje por succión de la pelvis y es comúnmente usado en infecciones pélvicas y más efectivo si se administra antibiótico.(7,9,11).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION.

La realización del presente estudio esta basado en que la Cirugía Ginecologica ocupa un lugar importante en los procedimientos quirúrgicos realizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de México, y desconocemos su porcentaje real.

En la literatura se reporta que entre un 10-15% de Cirugías Ginecologicas presentan diversos tipos de complicaciones durante el transoperatorio y postoperatorio inmediato.(7,22,10,8).

Con relación a lesiones urológicas durante la Cirugía Ginecologica, diversos estudios mencionan que el porcentaje de lesiones varia del 4 al 7% del total. (6,5,7,22,9,10,13).

Basándose en lo anteriormente mencionado, y con lo observado durante nuestra estancia hospitalaria, consideramos que nuestra casuística es inferior a la reportada en la literatura mundial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS.

1. – Obtener, la casuística de presentación de Lesiones Urológicas en la Cirugía Ginecológica realizada en el servicio de Cirugía General del Hospital General de México.
- 2.- Identificar, el tipo y sitio de Lesiones Urológicas más frecuentes en la Cirugía Ginecológica que se efectúa en el servicio de Cirugía General.
- 3.- Observar y valorar el manejo de los pacientes al presentarse la lesión urológica.
- 4.- Establecer, si el porcentaje de lesiones en el servicio de Cirugía General del Hospital General de México es menor al reportado en la Literatura.
- 5.- Establecer, el porcentaje de complicaciones observadas en la Cirugía Ginecológica realizada en Cirugía General
- 6.- Obtener el porcentaje que ocupa la Cirugía Ginecológica en la Cirugía realizada en el servicio de Cirugía General.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Se procedió a revisar las hojas de Programación Quirúrgica diaria de Quirófanos Centrales de Enero de 1991 a Enero de 1992. para obtener el número total de cirugías realizadas en los Servicios de Cirugía General del Hospital General de México.

Para las Cirugías efectuadas por el Servicio de Urgencias se obtuvo el número total de las cirugías de urgencias efectuadas en el Hospital, únicamente en Quirófanos Centrales, y el número específico de Cirugías de Urgencia realizadas por la unidad de urgencias de adultos, se obtuvo revisando el registro diario de atención de la unidad, del cual se seleccionaron únicamente los casos de Patologías Ginecológicas, operadas en el periodo mencionado. registrando el nombre, edad, número de expediente y fecha de ingreso.

A continuación se procedió a seleccionar las Cirugías Ginecológicas realizadas, y agruparlas por mes, anotando: el nombre, la edad, y el diagnóstico de ingreso, diagnóstico preoperatorio, la cirugía realizada, tipo de complicaciones, estancia hospitalaria postoperatoria, accidentes y complicaciones transoperatorias y si la paciente tenía cirugías previas.

Se excluyeron: todos los expedientes que se encontraban incompletos; aquellos casos en que no se encontró el expediente, aún acudiendo a la Unidad en donde se atendió a la paciente; aquellos casos en que durante la cirugía, la patología de base invadía órganos o sistemas adyacentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Se encontró que durante el periodo de enero a diciembre de 1991, se realizaron 3641 procedimientos en Quirófanos centrales por los distintos Pabellones de Cirugía General del Hospital General de México S.S.

El numero de cirugía ginecologicas realizadas en el mismo periodo, fue de 870, de las cuales para el presente estudio se excluyeron 107 debido a que no cubrian los requisitos establecidos para su análisis, como: Expedientes incompletos, patologias primarias que involucraban otros órganos, entre otros.

Después de lo anterior se obtuvo un numero de 763 cirugías ginecologicas de las cuales 674 fueron cirugías electivas realizadas en los siete pabellones de Cirugía general y 89 cirugías de Urgencias realizadas por el servicio de Urgencias de Cirugia general.

Se tabularon los resultados del numero de cirugías generales realizadas por servicio comparándolas con las cirugías ginecologicas efectuadas(fig. 1). El porcentaje que ocupo la cirugía ginecologica del total realizado en el año fue del 23.8%.

Se distribuyo a las pacientes sometidas a un procedimiento quirúrgico ginecologico, por grupos de edad, (Fig.2). Observando que el grupo de edad que más se atiende en los servicios de cirugía general es el de 35-44 años ocupando un 27.1% del total atendido.

Se tabulo la cirugía ginecologica realizada durante el año por mes(fig.3). Encontramos que se mantiene casi constante el ingreso hospitalario mensual de pacientes, excepto por dos descensos de los mismos en junio y a final del año, debido probablemente a la presencia de los periodos vacacionales escolares de estas temporadas.

Para determinar cual fue la patología mas frecuente de ingreso al hospital, para tratamiento quirúrgico ginecológico, se estadificaron en base a su frecuencia de presentación.(Fig.4). Identificamos que el primer lugar lo ocupa una patología de problemas de estabilidad del piso pélvico, como el cistocele con Incontinencia urinaria de esfuerzo con 186 casos que representan un 27.6 % de los ingresos .El segundo lugar lo ocupa la Miomatosis uterina con 175 casos que ocupan un 26% del total.

Se investigo y registro el tipo de cirugía ginecológica realizada en las pacientes (Fig.5). Se observa que en el año el procedimiento quirúrgico mas frecuentemente realizado fue la histerectomía total abdominal con 152 procedimientos ocupando un 19.9% del total de cirugía realizadas, le sigue la colpoperineoplastia de tipo Kelly con 139 casos registrados ocupando un 18.2% de los casos. el tercer sitio es ocupado por la Panhisterectomía con un 12.9% por 99 casos presentados.

Otro rubro que se considero para el presente estudio fue la existencia de cirugías previas y el tipo de esta(Fig.6). Encontramos que 198 pacientes presentaban cirugía previa lo que representa un 25.9% del total de los casos. Es importante comentar en este momento que de las pacientes con lesión urinaria ninguna paciente tenia antecedente de cirugía previa y esto si fue mas frecuente en la presentación de las demás complicaciones, principalmente en la hemorragia transoperatoria.

Basándose en la investigación realizada identificamos el numero total de complicaciones ocurridas durante la realización de procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados durante el tiempo de investigación(Fig.7). Se encontraron un total de 110 complicaciones lo que representa un porcentaje del 14.4% siendo la primera causa de complicación en cirugía ginecológica la hemorragia transoperatoria con 64 casos que representan un 8.3% del total.

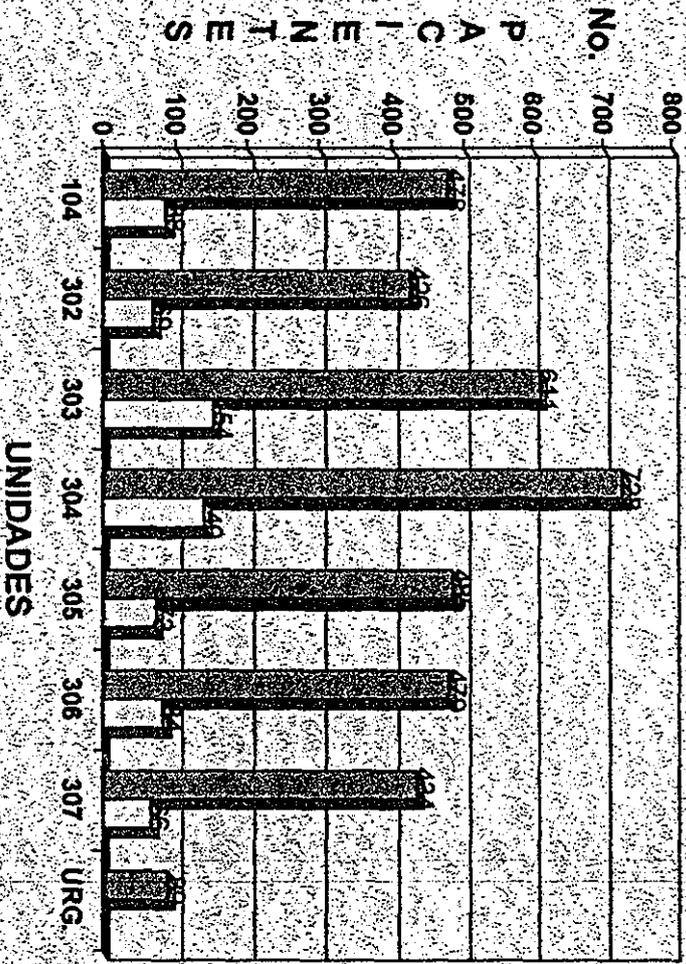


En la presentación de lesión de vías urinarias, se identificaron 11 casos que representan un porcentaje del 1.4%. Se reviso en estos pacientes además el sitio de lesión, el tiempo transcurrido para el diagnostico de la lesión y el tipo de reparación efectuada, así como observar la evolución postoperatoria de las pacientes hasta el momento de su egreso y el seguimiento en la consulta externa posterior a su egreso.

Con todos los datos obtenidos, se procedió a la realización del análisis de resultados con medidas de tendencia central y mostrando los resultados en gráficas de barras, así como un resumen de los casos de lesión de vías urinarias, remarcando su manejo y evolución postoperatoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NUMERO DE CIRUGIAS ELECTIVAS EFECTUADAS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA



GENERALES
 GINECOLOGICAS

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA GINECOLOGICA

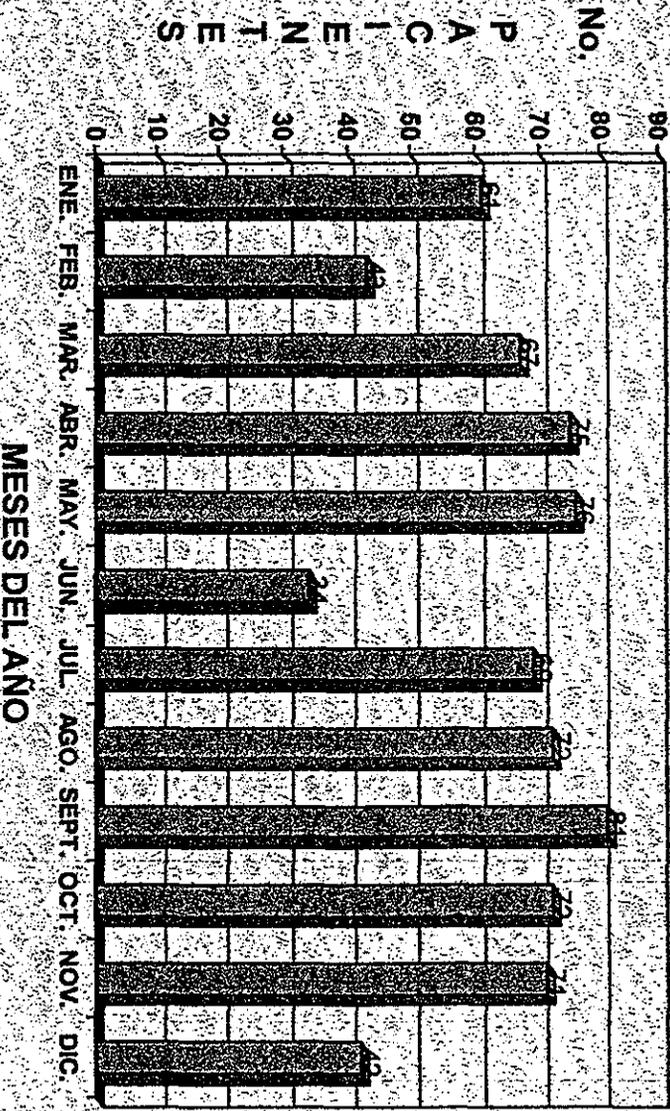


■ EDADES

TOTAL: 763

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

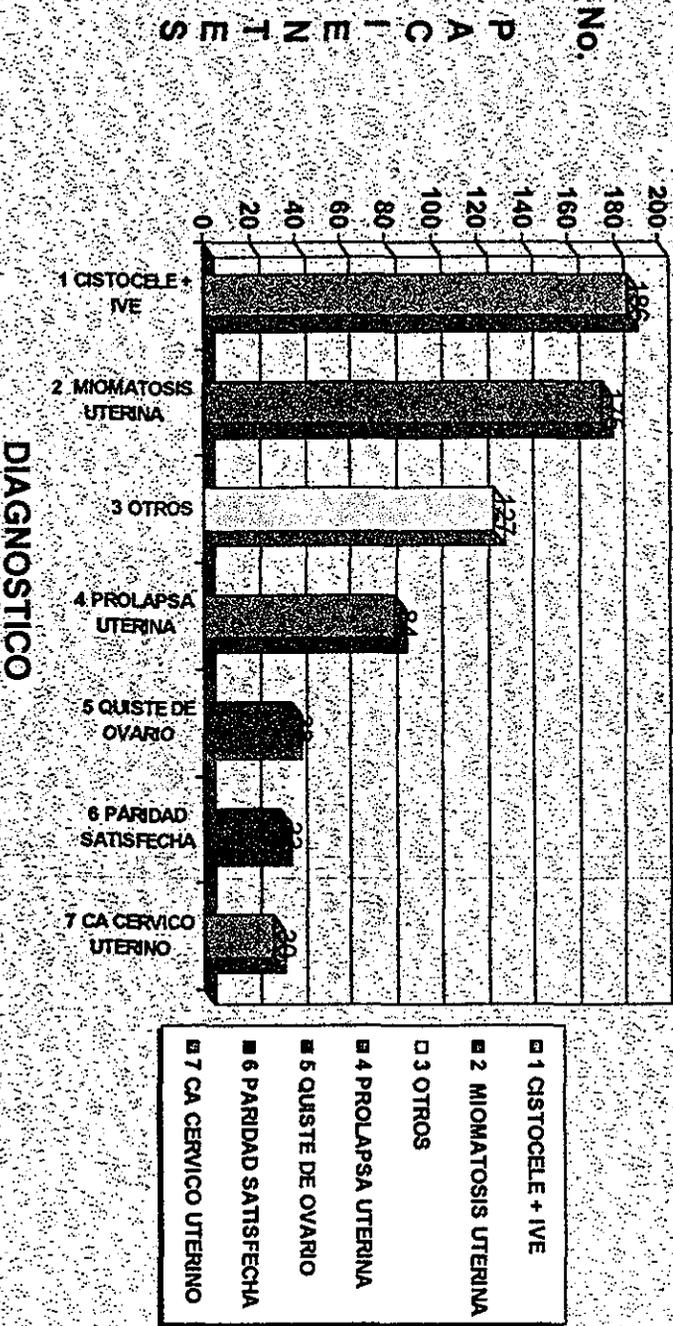
CIRUGIAS GINECOLOGICAS EFECTUADAS POR MES DURANTE EL AÑO 1991



MESES
TOTAL: 763

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DE INGRESO PREOPERATORIO CIRUGIAS PROGRAMADAS

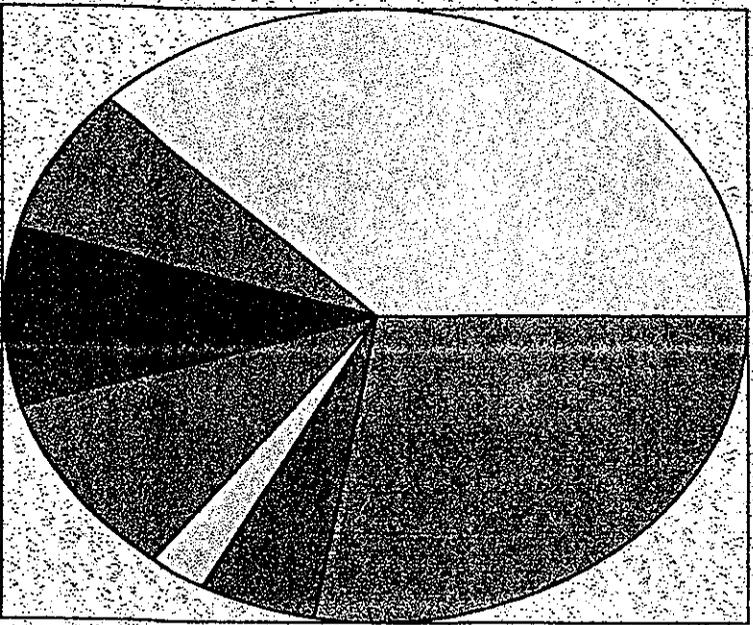


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TIPO DE CIRUGIA PREVIA ENCONTRADA EN 198 PACIENTES

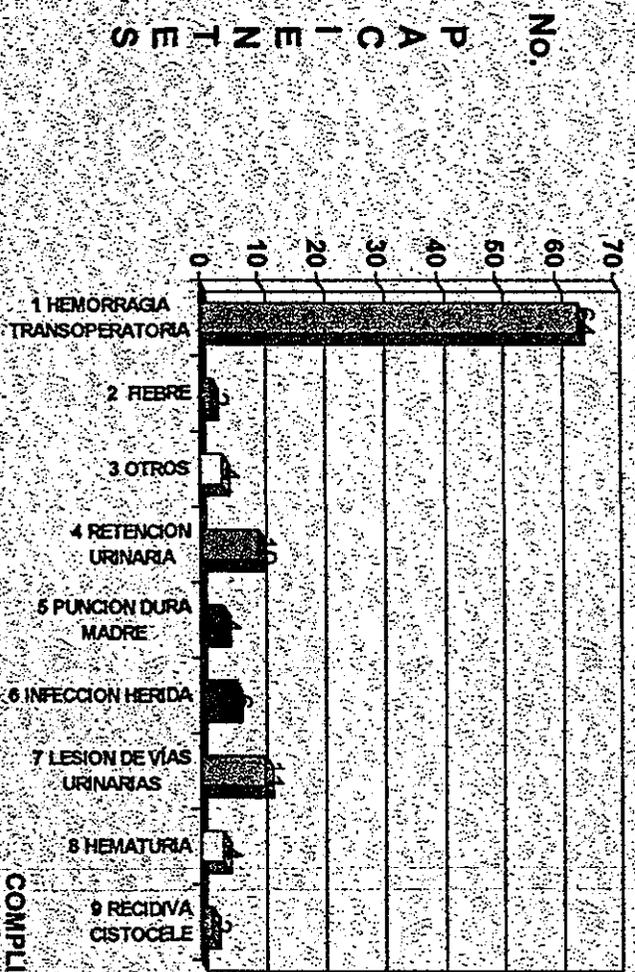
TESIS CON FALLA DE OR



- 1.-Cesarea =55
- 2.-Colpoperineo plastia =10
- 3.-Reseción de quiste=5
- 4.-Apendicectomia =9
- 5.-Plastia umbilical =5
- 6.-Histerectomia total =14
- 7.-Otros =15

COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



COMPLICACIONES TOTAL = 107

% DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLOGICA = 14.02%
 % DE LESIONES DE VIAS URINARIAS = 1.4%

- 1 HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA
- 2 FIEBRE
- 3 OTROS
- 4 RETENCION URINARIA
- 5 PUNCION DURA MADRE
- 6 INFECCION HERIDA
- 7 LESION DE VIAS URINARIAS
- 8 HEMATURIA
- 9 RECIDIVA CISTOCELE

COMPLICACIONES

PACIENTES CON LESION, TRATAMIENTO Y EVOLUCION.

CASO 1

Paciente femenina de 43 años, ingresa en mayo de 1991, no antecedentes de cirugías previas, con diagnostico de Miomatosis Uterina, se programa para realizar Histerectomía Abdominal Total el 30 de Mayo de 1991, y durante la cirugía se hace ligadura de uretero derecho en tercio superior, se corrobora en el Postoperatorio inmediato por pielografía ascendente, se realiza a las tres semanas, reimplante de uretero con túnel submucoso, por el servicio de Urología con evolución satisfactoria de la paciente en el Postoperatorio y estudio de control con buen funcionamiento de riñón derecho.

CASO 2

Femenina de 50 años, ingreso en julio de 1991, con diagnostico de Miomatosis Uterina se programo para realizar Histerectomía Total Abdominal, no antecedente de cirugías previas, durante la cirugía se realizó ligadura de ambos ureteros, el derecho ligado a nivel del ligamento cardinal y el izquierdo al nivel de ligamento infundíbulo pélvico. El diagnostico se hizo transoperatoriamente y se corrobora con pielografía ascendente.

La reparación se realiza a las 3 horas de la primera cirugía realizando reimplante de uretero derecho y ferulización de uretero izquierdo, previa liberación de las ligaduras con sangrado de 500cc. En la segunda cirugía la paciente evoluciona satisfactoriamente con 12 de postoperatorio y un control con urografía excretora con buena visualización de ureteros y sin fuga. Egreso del hospital en buen estado de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CASO 3

Femenina de 46 años, ingresa en mayo de 1991, con diagnóstico de cistocele GII e incontinencia urinaria de esfuerzo. Se programa para realizar Colpoperinoplastia anterior y posterior, tipo Kelly, durante el acto quirúrgico se realiza demasiado despegamiento en los colgajos vaginales y se lesionan vasos vesicales, los que fueron tratados con ligadura de los mismos, con un sangrado transoperatorio de 800cc, manejada con sonda de Foley a derivación por 7 días con hematuria moderada por 3 días, buena evolución posterior sin complicaciones.

CASO 4

Paciente femenina de 37 años, la cual ingreso en Abril de 1991, con diagnóstico de CaCu IB, sin antecedentes de cirugía previa, se programo para Histerectomía Radical, durante el acto quirúrgico, hubo un sangrado transoperatorio de 3,400ml y lesión ureteral derecha a nivel de ligamento cardinal, que requirió implante ureteral derecho, el cual se realizo a los 3 días de la primera cirugía, después de corroborar la ligadura con pielografía intravenosa.

Posteriormente el reimplante, la paciente evoluciono torpidamente y formo una fistula ureterovaginal a las 2 semanas de la cirugía. Se envió al servicio de urología donde fue manejada con reintervención para tratar el proceso fistuloso, con cierre de la fistula y buena evolución.

CASO 5

Paciente femenina de 46 años, ingreso en el mes de Mayo de 1991 con diagnóstico de Cistocelle GII más incontinencia urinaria de esfuerzo, se programó para Colpoperineoplastia anterior y posterior tipo Kelly, durante el acto quirúrgico hubo lesión vesical al separar el colgajo de mucosa vaginal del ligamento vesico-vaginal. La reparación se realizó en el mismo momento de la cirugía, con un cierre de primera intención de la lesión en dos planos con catgut cromico, con sonda de Foley a permanencia durante 10 días y antibioticoterapia.

La paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio sin complicaciones.

CASO 6

Paciente femenina de 40 años, ingreso en el mes de Enero de 1991, con diagnóstico de Cistocèle GI-II con incontinencia urinaria de esfuerzo, se programó para realizar Uretrosuspensión tipo Guittes, durante el acto quirúrgico hubo lesión de uretra al pasar la aguja suprapúbica para la colocación de los puntos.

Se realizó tratamiento conservador mediante sonda de Foley transuretral a permanencia por 10 días y tratamiento médico, teniendo escasa hematuria, la cual desapareció al 4º día con buena evolución posterior.

CASO 7

Femenina de 53 años, ingreso en Agosto de 1991, con diagnóstico de Cistocèle GII más incontinencia urinaria de esfuerzo, se programó para realizar Colpoperinoplastia anterior y posterior y uretrosuspensión tipo Pereyra, durante la cirugía hubo lesión vesical de 2cm y sangrado transoperatorio de 1000cc, se manejo con ligadura de los vasos sangrantes y reparación de la lesión vesical con colocación de sonda foley transuretral a permanencia durante 10 días.

Evolucionando durante 4 días con hematuria importante a través de la sonda, la cual desapareció posteriormente sin otra complicación hasta su egreso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 8

Femenina de 38 años. ingreso en el mes de Agosto de 1991. con diagnostico de Miomatosis Uterina, sin antecedentes de cirugías previas. Se programó para realización de Panhisterectomía, durante el acto quirúrgico hubo lesión de uretero izquierdo en un 50% de su diametro a 5cm de la bifurcación de los vasos iliacos, se reparó en el mismo acto, mediante Ferulización del uretero y cierre de la lesión con puntos simples con catgut crómico, tuvieron un segundo sangrado transoperatorio de 1200cc, la paciente evoluciona en el postoperatorio sin complicaciones y su estudio posterior de urografía excretora mostró paso normal del medio por los ureteros.

CASO 9

Paciente femenina de 51 años de edad, la cual ingresó en el mes de Abril de 1991, con diagnostico de prolapso uterino, sin antecedentes de Cirugía previa, se programo para histerectomía total abdominal, durante el acto quirúrgico hubo lesión de vejiga al incidir el peritoneo, de 2cm de longitud y otra al proceder a revisar la cavidad abdominal(4 cm) las lesiones fueron reparadas al momento de ocurridas utilizando una técnica de cierre en dos planos con catgut cromico en ambas, hubo sangrado transoperatorio de 500 cc durante el acto.

La paciente evoluciono tórpidamente con un absceso en la herida quirurgica a los 5 días de postoperatorio. Se manejo con sonda de foley transuretral por 15 días del postoperatorio y antibiótico. Remitió la infección y no hubo otra complicación.

CASO 10

Femenina de 63 años, ingreso en noviembre de 1991, con diagnostico de prolapso uterino sin antecedentes quirúrgicos, se programo para histerectomía vaginal, durante el acto quirúrgico hubo 2,050cc de sangrado y lesión vesical al rechazar la vejiga del útero se procedió a realizar ligadura de vasos sangrantes y reparación primaria de lesión vesical con cierre en dos planos con material absorbible.



La paciente evoluciona satisfactoriamente con sonda de foley por 13 días y no hubo complicaciones hasta su egreso.

CASO 11

Femenina de 25 años , ingreso en el mes de junio de 1991 , con diagnóstico de Cistocele e Incontinencia urinaria de esfuerzo , sin antecedentes quirúrgicos se programo para Colpoperineoplastia anterior y Uretrosuspension tipo Pereyra , durante la cirugía hubo sangrado aproximado de 800cc del espacio de Retzius y Hematuria importante al pasar la aguja de Pereyra, se realizo hemostasia de los puntos sangrantes y sonda de foley transuretral por 7 días , persistió, 3 días la hematuria, posteriormente desapareció y no presento más complicaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos del presente estudio nos sirven para poder concluir que:

- Las lesiones de vías urinarias, que se presentaron en el servicio de Cirugía general representan un porcentaje del 1.4%, lo que demuestra que confrontando con el índice de lesiones que se presentan en los reportes de la literatura el nuestro es significativamente menor.
- De acuerdo a nuestro estudio la presentación de lesiones urinarias se debe en la mayoría de los casos a disección poco cuidadosa o a inadecuada exposición durante el acto quirúrgico no influyendo la patología de base, y Sí, el tener algún problema transoperatorio como sangrado que impida buena visualización del campo quirúrgico
- El diagnóstico y manejo de las lesiones en nuestros pacientes fue oportuno y adecuado teniendo todas una evolución satisfactoria y observando que se canalizo a otros servicios en el momento necesario lo que ayudo a no incrementar mas la morbilidad del paciente ni ha presentarse mortalidad en este grupo.
- Se concluye que la cirugía ginecológica ocupa un lugar importante en los procedimientos realizados en Cirugía general y muy frecuente, ocupando un 23% del total de cirugía que se realiza en el año, mismo porcentaje que ocupa con mínima variación en cada uno de los 7 pabellones de Cirugía General. Al ser la mayoría de ellas de tipo electivo, tiene descensos importantes durante el sexto y doceavo mes que coincide probablemente con los periodos vacacionales escolares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Observamos que de la población demandante del servicio el grupo más afectado se encuentra entre 35-44 años por ser el momento en que inician problemas de estabilidad del piso pélvico y edad de presentación de tumoraciones de cuerpo uterino.
- En el estudio no influyo en la presentación de lesiones urinarias, el que hubiese cirugías previas, pero este antecedente si es importante en la complicación de hemorragia transoperatoria, probablemente por la presencia de adherencias postoperatorias y la alteración de la anatomía normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Anatomía Humana. B.D. Lockhart, Hamilton. ED. Interamericana, 1975. Pag: 188-194, 559-557.
- 2.- Tratado de Ginecología de Novak, H. Jones ED. Interamericana, 10 ED.
- 3.- Mastery of Surgery, M. Nyhus. ED. Interamericana, Tomo 2 Pag: 1533-1643.
- 4.- Principios de Cirugía. Schwartz, Shires, Spencer, ED. MC. Graw Hill, Tomo II, Pag: 1719-1766.
- 5.- Campbells, Urología, ED. Interamericana, Tomo I, Pag: 1310-1350 1987.
- 6.- Complication of Urologic Surgery, Robert B. Smith, ED. Saunders. Pag: 263-276 1990.
- 7.- Complication in Surgery and Trauma. Lazar J. Greenfield. ED. Lippincot. Pag: 733-744.
- 8.- Hardy. Texbook of Surgery. El Samdesis.
- 9.- The Urinary Tract and Radical Histerectomy. Buchsbaum ET. AL. Gynecologyc and Obstetric Urology, 2nd. ED. Philadelphia, Wb Saunders Co. 1982.



- 10.- Management of Operative Ureteral Injury. Zinman Lm. Libertno Et Al Urology 12 (3) 290 1978.
- 11.- Ballistic and the Management of Ureteral Injuries From High Velocity Missiles. Stutzman Re.Et. Al. J. Urol. 118-947 1977.
- 12.- Emergency management of the injured ureter Bright Tc. Urol Clin North AM. 9 (2) 285, 1982.
- 13.- Ureteric complications Following tratament of Ginecologic Cancer Kontturi M. Kauppila A. Ann. Chir. Gynaecol. 71:232, 1982.
- 14.- Prevention of Fistulas and Limphocysts in Radical Hysterectomy. Obtet. Gynecol. 17:57 1961 Symmond. Et. Al.
- 15.- Injuries of the Kidney and Ureter. Carlton C.E. E.T. A. Cambells Urology Vol. 1 4^a ED Saunders 1980.
- 16.- Renal Trauma. Maggic. A. J. Urology 11:125, 1978.
- 17.- Trauma to the Ureter Pathogenesis and Management. Orkin L.A. ET. AL Philadelphia F.A. Davis Co. 1964.
- 18.- Complications of Female Anti- Continence. Surgery David R. Staskin Complications of Urologic Surgery 2° ED. 1990 499-516.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19.-Ledger WJ, Sweet RI , Headington: Prophylactic cephaloridine in the prevention of postoperative pelvic infections in perimenopausal women undergoing vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 115:766,1973.

20.-Latzko W. Postoperative vesicovaginal fistulas: Genesis and therapy: Am. J. Surg 58:211 1972.

21.- Oncology Gynecology.Morrow. Ed. Churchill Livingstone 1987.

22.- Intraoperative Ureteral Trauma: a Radiologic Approach. Barbaric A.L. E.T. AL.
H. Asocc. Can. Radiol. 29:40 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN