



112171
60

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE.

"EXPERIENCIA DE HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA
POR LAPAROSCOPIA. UNA ALTERNATIVA DE
HISTERECTOMIA ABDOMINAL."

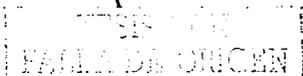
TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. LAURA HERNANDEZ GURROLA

ASESOR: DR. ROBERTO NAVA-BACCA.
DR. MANUEL GILBERTO RODRIGUEZ DIAZ



MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2003



Fluor

[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por su existencia en mi vida.

A mis padres Jesús y Guadalupe, por su amor, apoyo, confianza y por estar conmigo en todo momento, reiterando que todos los logros obtenidos son inspirados en ustedes.

A mis hermanos Soledad, José y Vero por existir y caminar juntos por la vida.

A ti Sarita por todo el cariño que me tienes y doy gracias a Dios que nos da la oportunidad de estar juntas.

A ti Sergio, porque eres un ejemplo a seguir y por ser el AMOR de mi vida.

A Magda porque eres una persona muy especial y por mostrarme la verdadera AMISTAD.

A mis amigos y compañeros en general que siempre me han apoyado en los momentos difíciles y han compartido conmigo los triunfos.

A mis maestros que me brindaron su conocimiento y me compartieron sus experiencias.

A mis pacientes que me depositaron su confianza.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UMAM a difundir en formato electrónico e impresa el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE: HERNANDEZ GUERRERA, NAICIA

FECHA: 04-04-03

FIRMA: [Signature]

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE.

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVO	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	16
TABLAS Y GRAFICAS	20
ANALISIS	31
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXO	38

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

1

ANTECEDENTES En Europa alrededor del 20% de las mujeres en el Reino Unido se les realiza una Histerectomía a la edad de 55 años. Más del 80% son Histerectomías Abdominales (HA). En Estados Unidos la tasa de Histerectomía del Met. Life Study, muestra que: la HA se realiza en el 63.4%, Histerectomía vaginal en 24.6% y la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia (HVAL) en el 12%. En 1970 en México se introduce la Laparoscopia en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional "la Raza". En 1995 el Colegio Americano de Obstetricia (ACOG) señala que la indicación de la HVAL es "ayudar" a la realización de una Histerectomía vaginal en circunstancias en las que la vía abdominal pudiera estar indicada, siendo una alternativa quirúrgica de mínima invasión. Tiene ventajas importantes en cuanto a morbilidad, menor tiempo de recuperación, de estancia hospitalaria y la posibilidad de un diagnóstico integral pélvico y genital. Estudios aleatorios con buen manejo prospectivo no muestran diferencia significativa en costos entre la HVAL y la HA.

OBJETIVO. Analizar el estado actual de la HVAL en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y ambispectivo en las pacientes sometidas a HVAL en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS del 02 de enero del 2001 al 30 de junio del 2002. Se obtuvieron las variables de los expedientes clínicos como edad, índice de masa corporal, antecedentes de cirugías pélvicas previas, antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas y obstétricos, indicación de la cirugía; clasificación de cirugía laparoscópica, tiempos quirúrgicos y anestésicos, conversión a laparotomía, complicaciones; sangrado quirúrgico, morbilidad y mortalidad, uso de antibiótico, peso de la pieza quirúrgica y tiempo de incapacidad. Todos los datos se capturaron en la base de datos del programa estadístico SPSS10 y se analizaron con estadística descriptiva, con frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS. Se analizaron 65 expedientes clínicos donde el promedio de edad fue de 40.57 años. El 70.8% de las pacientes presentaron sobre peso, obesidad grado I y obesidad grado II. El 69.2% tuvieron antecedente de por lo menos una cirugía abdominopélvica o del piso pélvico. El 46.2% contaba con antecedente de enfermedad crónica. La indicación quirúrgica que se presentó más frecuentemente fue Miomatosis uterina (41.5%). Se realizó Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia tipo II y III en 49.6% y 38.5%. El tiempo quirúrgico total promedio fue de 122.68 minutos (rango 70 a 210). La conversión a laparotomía fue del 1.5%. El promedio de estancia hospitalaria fue de 2.29 días. El peso de la pieza quirúrgica promedio fue de 157.98 gramos (rango 40 a 340). Al 36.9% requirieron incapacidad con un promedio de 21.08 días.

COMENTARIO. El más grande beneficio es la habilidad de convertir una Histerectomía total abdominal a la ruta vaginal con las ventajas de ésta, además de ser una cirugía menos invasiva. Se necesitan más estudios con las características de nuestras pacientes (Obesidad, enfermedades crónicas, uso de medicamentos inmunosupresores, etc.) para poder establecer si esta vía quirúrgica es la más adecuada en este tipo de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

En Europa esta estimado que alrededor del 20% de las mujeres en el Reino Unido, se les realizará una Histerectomía a la edad de 55 años. Más del 80% de estas Histerectomías son realizadas por la ruta clásica abdominal. En Italia el rango de Histerectomía en la mujer entre las edades de 40 y 70 años es del 15%.¹

En Suecia alrededor de 9000 Histerectomías son realizadas cada año y el número tiende a incrementarse durante los próximos 10 años. Más del 95% de las Histerectomías en este país son realizadas abdominalmente incluyendo la indicación de prolapso uterino.^{1,2}

La Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia (HVAL) fue introducida en Escandinavia a principios de 1990.²

La Histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente realizado en Estados Unidos. La tasa Histerectomía del Met. Life Study, muestra: Histerectomía abdominal en el 63.4%, Histerectomía vaginal del 24.6% e Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en el 12%.^{3,4,5,6,7.}

La endoscopia ginecológica en México se inicio con la culdoscopia que practico Donato Ramirez en el Hospital Jesús Alemán Pérez (después hospital de la Mujer) simultáneamente José Manuel Septiem en el hospital Santa Teresa y Manuel Urrutia Ruiz en el hospital General (SSA), por separado hacen un reporte preliminar de sus experiencias en 1949.⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A finales de la década de 1960, Rodolfo Quiñónez en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional inicio el uso de la laparoscopia e histeroscopia publicando sus resultados preliminares en 1970. ⁸

Previamente en 1968 Nava y Sánchez y sus colaboradores publicaron en las memorias de la I jornada Médica Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social los métodos endoscópicos de exploración ginecológica. ⁸

Por lo que se refiere a la laparoscopia en la década de 1970 en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional "la Raza" se formó la clínica de endoscopia ginecológica para efectuar estudios diagnósticos.

En la década 1980 se origino la fundación de la Asociación Mexicana de Endoscopia Ginecológica y Microcirugía. ⁸

En 1988 se introducen en México las endocamaras, lo que favorece la participación de todo el equipo humano de la cirugía. ⁸

Reich y De Carpio en 1989 describen por primera vez la Histerectomía Laparoscopia reportando en realidad una Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en la cual sólo los pedículos situados por arriba de los vasos uterinos fueron cortados mediante electrocoagulación bipolar con la pinza de Kleppinger. ⁹

La Histerectomía es una especial operación ginecológica realizada comúnmente en pacientes con sangrado disfuncional, leiomiomas uterinos, prolapso uterino, endometriosis, adenomiosis, dolor pélvico crónico, condiciones premalignas, cáncer, entre otras ^{2,3,4}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los leiomiomas uterinos representan la indicación más frecuente para Histerectomía, pero el rango de Histerectomía vaginal (HV) en esas pacientes puede llegar a reportarse tan bajo como el 4%. Es por lo tanto importante evaluar el rol de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia como una alternativa de la Histerectomía total abdominal entre mujeres con fibromas uterinos.¹¹

A pesar de que Histerectomía vaginal esta asociada con menor trauma quirúrgico, un tiempo quirúrgico corto, menor estancia intrahospitalaria y por lo tanto menor costo, menor complicación posquirúrgica y más rápida recuperación que la Histerectomía total abdominal, solo una de cuatro Histerectomía con patología benigna es realizada vaginalmente.¹¹

El número de Histerectomías vaginales podría ser incrementado considerablemente si las contraindicaciones tradicionales para la ruta vaginal, como son: presencia de úteros grandes, necesidad de salpingooforectomía, masas anexiales, cirugía pélvica previa y necesidad de exploración pélvica, representan contraindicaciones relativas en manos bien entrenadas del cirujano vaginal.^{10, 11.}

Las indicaciones para Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en relación con las indicaciones de la Histerectomía abdominal y vaginal aún no tienen un consenso universal. Sin embargo se propone que la Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia puede realizarse en casi todas las indicaciones de la Histerectomía abdominal sin embargo, está no sustituye las indicaciones de la Histerectomía vaginal.^{12, 13, 14, 15}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) da ha escoger el abordaje de la cirugía dependiendo de la anatomía y de la experiencia del cirujano. ^{6,7}

Por otro lado los criterios de 1995 de la ACOG para la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia señalan que la indicación es "ayudar" a la realización de una Histerectomía vaginal en circunstancias en las que la vía abdominal pudiera estar indicada desde otros puntos de vista. ^{6,7}

Se le denomina Histerectomía Laparoscopia, a la extirpación quirúrgica del útero bajo control endoscópico. ¹⁰

En cuanto a la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia, no existe una clasificación universal para todas las variantes, resultando difícil su evaluación, precisar sus indicaciones, morbilidad, resultados, relación costo-beneficio, habilidades y aptitudes que deben tener los endoscopistas para poder realizar esta técnica. ⁹

Munro ha propuesto una clasificación completa empleada durante el procedimiento. ¹⁰

Tipo 0 Incluye aquellos procedimientos por los cuales se usa el laparoscopia, pero no se usa este para la exérésis del útero.

Tipo 1. Al menos uno de los pedículos (ovárico, el ligamento infundibulopélvico, trompa o el ligamento redondo), es ligado y divididos bajo dirección laparoscopia. La disección no incluye la arteria uterina.

El tipo 1A incluye la oclusión de lo(s) vaso(s) ovárico(s), sea lateral o medial al ovario y con o sin disección del ligamento ancho adyacente.

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

El tipo 1B debe comprender la disección de las estructuras localizadas en la parte anterior al útero. Si la incisión sólo se realiza en el pliegue peritoneal vesicouterino constituye el tipo 1B 1, mientras la separación de la vejiga se clasifica 1B 2. La realización de la culdotomía anterior bajo dirección laparoscopia es el procedimiento 1B 3.

Las operaciones tipo 1C también incluyen colpotomía posterior con la cavidad peritoneal abierta bajo dirección laparoscopia.

Las operaciones tipo 1D combinan la colpotomía posterior con la disección anterior de tipo 1B.

Tipo II. Las operaciones siguen un esquema de clasificación similar al procedimiento Clases I, con la visión de la oclusión y división de la arteria uterina ya sea unilateral o bilateral.

Tipo III. Para calificar un procedimiento como tipo III, debe disecarse una porción (no todo) de uno de los complejos del ligamento cardinal o uterosacro. Como no se pinzan como en la histerectomía vaginal estos ligamentos, no queda muy claro como se hace la reconstrucción de la fascia endopélvica para restablecer su continuidad y que la operación sea realmente reconstructiva.

Tipo IV. Las operaciones tipo IV difieren del tipo III en que los ligamentos cardinales y uterosacos enteros son disecados en al menos un lado. Los subgrupos restantes se definen como los otros tipos excepto del tipo IV E, el cual describe aquellas instancias en que el útero entero es cortado bajo guía laparoscopia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta clasificación es necesaria, pues permiten ofrecer consistencia a los estudios prospectivos, contrastar y evaluar resultados, valorar las técnicas y tener un sistema de medición en la certificación del cirujano endoscopista y validación de los resultados.¹⁰

La Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia es una alternativa quirúrgica de invasión mínima que se tiene en lugar de la Histerectomía convencional.^{16, 17, 18, 19.}

Aparentemente se tienen ventajas importantes en cuanto a tiempo de recuperación, menor estancia hospitalaria, considerable capacidad de exploración de la cavidad abdominal y pélvica; y por lo tanto, de tener un diagnóstico integral pélvico y genital; los problemas de adherencias son menores, y en general de menor morbilidad en manos experimentadas, pues no hay complicaciones de pared.^{16, 17.} Las desventajas hasta ahora que se le han atribuido son: la larga experiencia en cirugía de mínima invasión que requiere el equipo quirúrgico, la sofisticación del equipo técnico e instrumentación desechable lo que la hace más costosa.

En la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia se carece en el tiempo laparoscópico del sentido del tacto y es riesgoso usar medios de hemostasia como es la energía monopolar y/o grapas; no es la vía adecuada para los casos de trastornos de prolapso uterino en donde la Histerectomía vaginal tiene una indicación precisa; tampoco en las grandes tumoraciones genitales o procesos adherenciales severos en donde la Histerectomía abdominal podría tener ventajas.^{12, 13, 14, 15.}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los costos de la Histerectomía vaginal son menores que los de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia con base en estudios, grandes revisiones y datos de compañías aseguradoras. ¹⁸

Estudios aleatorios con buen manejo prospectivo del control no muestran diferencia significativa en costos entre la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia y la Histerectomía total abdominal. ^{14, 18} Johns y colaboradores y otros, mencionan que si se usan instrumentos reutilizables y se hacen eficaces los tiempos quirúrgicos, los costos de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia disminuirán por debajo de los de la Histerectomía total abdominal. ¹²

Como cualquier técnica nueva, hay preguntas acerca de las indicaciones apropiadas, costo-beneficio, costo-eficiencia y costo-financiero, requisitos de acreditación y capacitación; ventajas, desventajas y limitaciones y otros tópicos que son de gran interés.

A causa del impacto en la comunidad médica y en la sociedad, hay necesidad de establecer estrategias que monitoreen de un modo consistente, veraz, comprensivo y cuantificable todos sus aspectos.

Muchos especialistas vaticinan que dentro de una década prácticamente se efectuara el 80 al 85% de la cirugía por endoscopio.

El objetivo del presente estudio es mostrar nuestra experiencia en Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia y de esta forma tener bases para establecer los conocimientos avanzados que avalen el criterio de aplicación o finque la controversia en su ejecución, comparando nuestros resultados con el resto del mundo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado es indispensable iniciar un rol de entrenamiento en este tipo de cirugía a los médicos residentes para que obtengan mejor preparación al término de su especialidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico realizado más frecuente a nivel mundial.

La Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia ha demostrado en los últimos años tener mejores resultados en cuanto costo, complicaciones, tiempo quirúrgico, recuperación de las pacientes así mismo se han incrementado el número de indicaciones y han disminuido las contraindicaciones para realizarla.

Por lo que es necesario:

Evaluar los resultados obtenidos en Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Nacional "La Raza" con respecto a los resultados obtenidos a nivel mundial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN.

A pesar de que en la década de 1970 se formo la clínica de endoscopia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Medico Nacional "La Raza" y esto nos habla de la amplia experiencia adquirida en este ámbito, no se cuenta con un estudio que evalué los resultados de esta técnica quirúrgica comparados con los resultados obtenidos a nivel mundial.

El presente estudio intenta tener las bases científicas para seguir capacitando al personal médico de base y a los médicos residentes para mejorar la calidad de atención de la paciente y tener un impacto en la salud a nivel nacional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL.

Analizar el estado actual de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y ambispectivo.

MATERIAL Y METODOS.

UNIVERSO DE TRABAJO.

La población de estudio fue formada por aquellas pacientes sometidas a Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social de 02 de enero del 2001 al 30 de junio del 2002.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se incluyeron 65 pacientes las cuales fueron sometidas a Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, en un periodo de 18 meses.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todas las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia del 02 de enero del 2001 al 30 de junio del 2002 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Información clínica incompleta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA

Se revisaron todos los expedientes clínicos de las pacientes sometidas a Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia del Servicio de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social del 02 de enero del 2001 al 30 de Junio del 2002, proporcionados por el archivo clínico del hospital.

Se obtuvieron las variables de los expedientes clínicos como son: edad, índice de masa corporal, cirugías pélvicas previas, antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, número de embarazos, partos, abortos y cesáreas; indicación de la cirugía; tipo de cirugía Laparoscopica, tiempo quirúrgico laparoscopico, vaginal y anestésico; complicaciones transquirúrgicas, inmediatas, mediatas y tardías quirúrgicas, complicaciones anestésicas; sangrado transoperatorio, conversión a laparotomía, uso de antibiótico, peso de la pieza quirúrgica, tiempo de incapacidad y reincorporación a sus actividades laborales cotidianas de las pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Todos los datos se recolectaron en hojas de concentración (anexo 1) y posteriormente se capturaron en la base de datos en el programa estadísticos SPSS10 y se analizaron mediante estadística descriptiva, con frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión de las diferentes variables. Calculo de la significancia de Prueba exacta de Fisher de dos colas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES ETICAS

Todos los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos proporcionados por servicio de archivo clínico del Hospital de Ginecología y Obstetricia no 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se informó a todas las pacientes del estudio de acuerdo a los criterios de Helsinki de 1975, enmendadas en 1989.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se analizaron 65 expedientes clínicos de las pacientes sometidas a Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia en donde el promedio de edad fue 40.57 años (rango de 20 a 54). GRAFICA 1

El 70.8% de las pacientes presentaron sobrepeso, obesidad grado I y obesidad grado II. Ver porcentajes específicos en la GRAFICA 2.

El 69.2% que equivale a 45 pacientes tuvieron antecedentes de por lo menos una cirugía abdominopelvica o del piso pélvico. GRAFICA 3

Un total de 30 pacientes (46.2%) contaba con antecedente de enfermedad crónica de las cuales las mas frecuentes fue Diabetes Mellitus. Distribución en la GRAFICA 4.

En cuanto a sus antecedentes obstétricos tuvieron un promedio de: 3.69 gestaciones (rango 0 a 9); partos 2.57 (rango 0 a 7); abortos 0.68 (rango 0 a 4) y cesáreas 0.48 (rango 0 a 3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

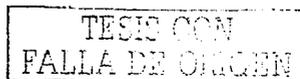
La indicación quirúrgica principal fue Miomatosis uterina en 27 pacientes (41.5%). Esta misma patología se asocio a otras en el 12.4%, Displasia cervical (3.1), Trastornos de la estática pélvica (3.1%), Hiperplasia endometrial (3.1%) y Tumor de ovario en (3.1%).

La segunda indicación fue Displasia cervical persistente (NIC I + VPH, NIC II y NIC III) (18.4%), y la tercer indicación fue: Cáncer Cervicouterino 1a1 (7.7%). Otras causas menos comunes fueron el Cáncer Cervicouterino in situ, l'rastorno de la estática pélvica, Incontinencia urinaria de esfuerzo, Adenomiosis, Hiperplasia endometrial y Congestión pélvica. Ver distribución específica en la GRAFICA 5.

Según la clasificación de Munro y Parker de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia la tipo II y III se les realizaron en 49.6% y 38.5% respectivamente .GRAFICA 6

En 21 pacientes se efectuaron otros procedimientos quirúrgicos adicionales como fue: Adherencilisis a 11 pacientes, Colpoplastia anterior 2 pacientes, Colpoperinoplastia a 2 pacientes, Pereyra a una paciente, Exéresis de tumor de ovario con estudio transoperatorio a 2 pacientes.

El tiempo quirúrgico total promedio fue de 122.68 minutos (rango 70 a 210) y el tiempo anestésico total promedio fue de 183.75 minutos (rango 120 a 300). GRAFICA 7



El sangrado transoperatorio estimado promedio fue de 208.30 mililitros (rango 30 a 550). GRAFICA 8

Solo 2 pacientes que corresponde al 3.1% (IC 95% 0.01-7.2%) presento sangrado durante el procedimiento quirúrgico controlándose en una de ellas por laparoscopia y en la otra (1.5%) fue necesario controlarlo por laparotomía.

No se presentaron complicaciones inmediatas.

En el periodo mediato posquirúrgico, el 3.1% presento fiebre por mas de 24 horas, 4.6% presento infección de vías urinarias, 1.5% infección de vías respiratorias y por ultimo, 1.5% presento hematoma de herida quirúrgica. Un porcentaje del 12.3% (IC 95% 4.5-20.1%).

Una paciente (1.5%) presento absceso de cúpula vaginal, una (1.5%) Fístula vesicovaginal y dehiscencia de herida quirúrgica, y una (1.5%) Fístula vesicovaginal. El porcentaje total de complicaciones tardías fue de 4.6% (IC 95% 0.03-9.5%). PORCENTAJES EN TABLA 1.

El 38% de las pacientes con enfermedad crónico-degenerativa presento complicaciones, la mayoría mediatas, sin embargo a pesar de que OR es de 4.43, los IC son de 0.71-35.17 con una p 0,12 por lo que no tiene significancia estadística.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No existieron complicaciones anestésicas.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 2.29 días (rango 1 a 5), a partir de la intervención quirúrgica hasta su egreso. El 60% solo permaneció 2 días y el 30.8% permaneció 3 días. GRAFICA 9.

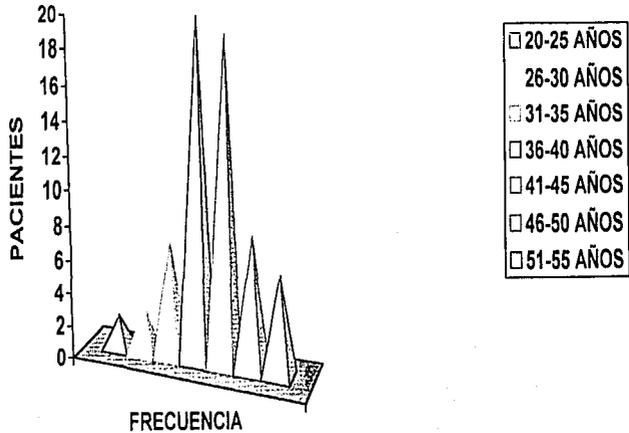
El peso de la pieza quirúrgica promedio fue de 157.98 gramos (rango 40 a 340). GRAFICA 10.

En 61 pacientes se utilizó antibiótico profiláctico (93.8%). El más empleado fue Cefotaxima (76.9%).

A 41 pacientes (63.1%) no se les otorgó incapacidad por no ser laboralmente activas, reincorporándose a sus actividades normales en 7 días promedio. A 24 pacientes (36.9%) requirieron incapacidad con un promedio de 21.08 días (rango 7 a 147) por ser laboralmente activas.

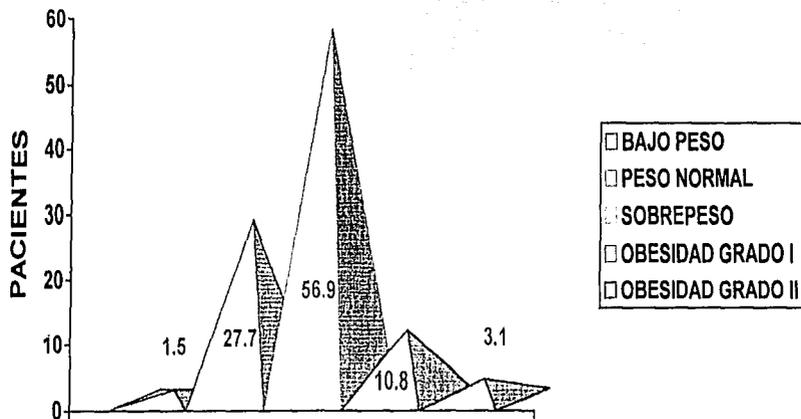
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



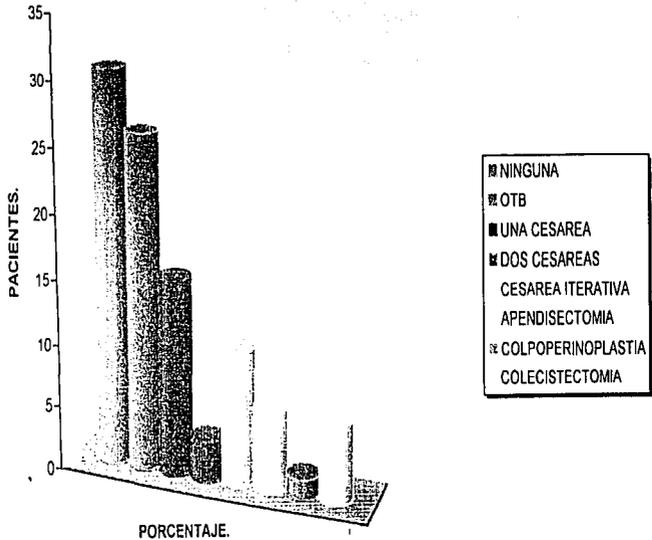
GRAFICA 1

DISTRIBUCION DEL INDICE DE MASA CORPORAL DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



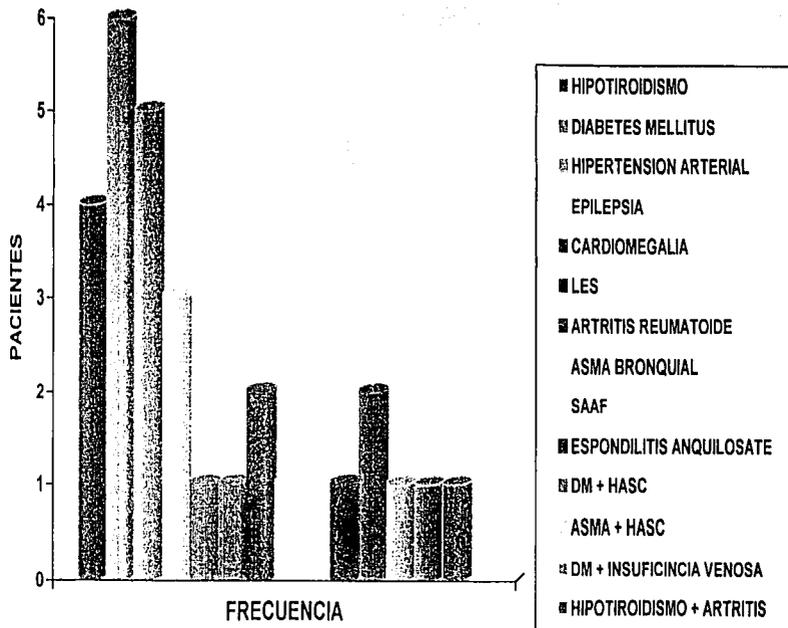
GRAFICA 2

CIRUGIAS PREVIAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA.



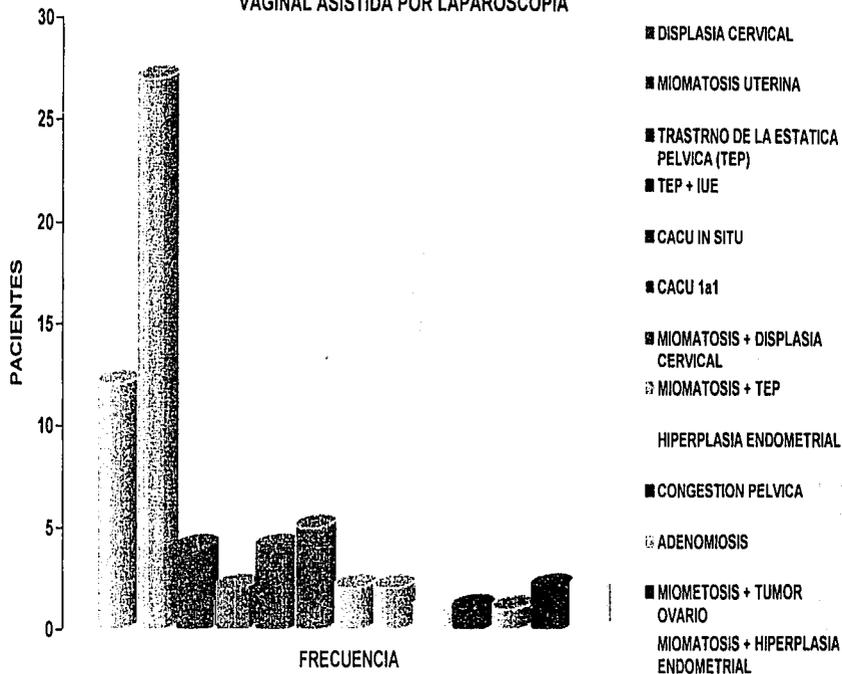
GRAFICA 3

ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



GRAFICA 4

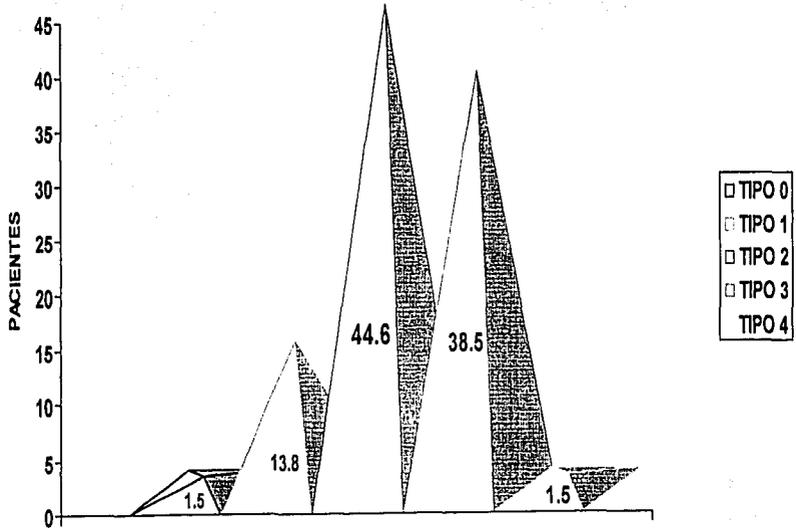
INDICACION QUIRÚRGICA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA
VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



GRAFICA 5

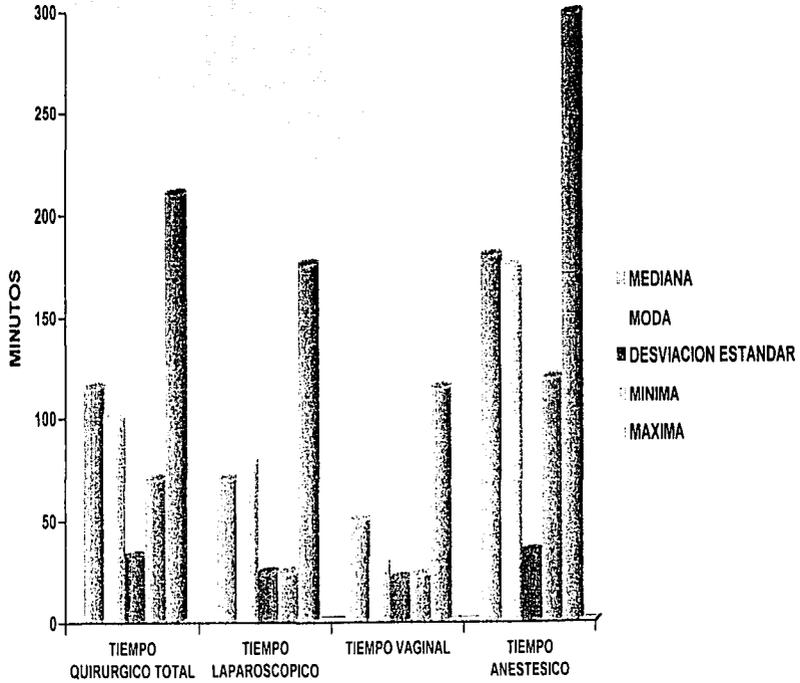
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TIPO DE HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA PRACTICADA A LAS PACIENTES



GRAFICA 6

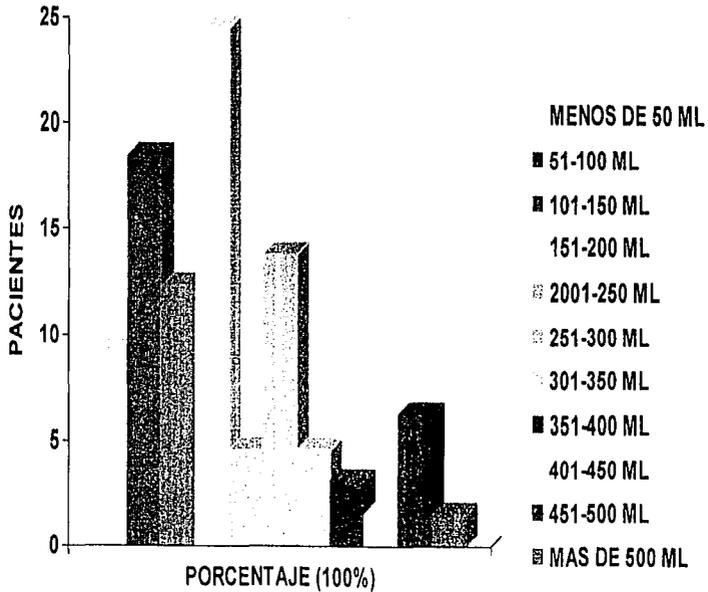
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7

SANGRADO TRANSQUIRURGICO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 8

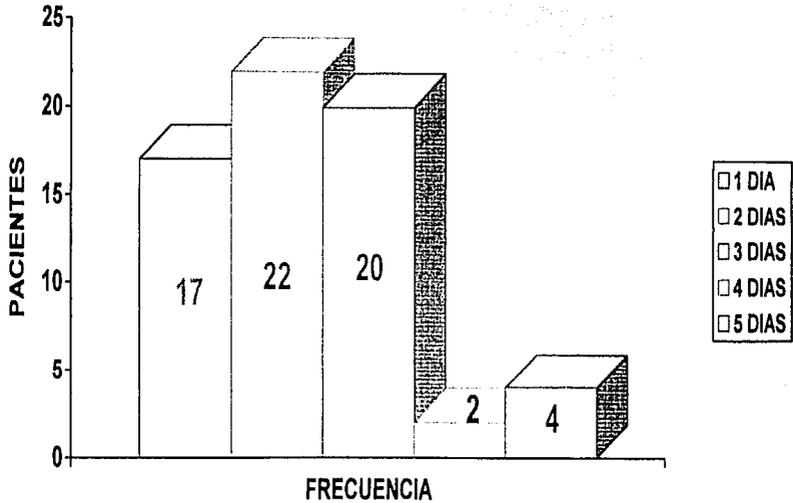
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA DE COMPLICACIONES PRESENTADAS EN
LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA**

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	COMPLICACIONES MEDIATAS	COMPLICACIONES TARDIAS
3.1% (IC 95% 0.01-7.2%)	12.3% (IC 95% 4.5-20.1%)	4.6% (IC 95% 0.03-9.5%)

TABLA 1

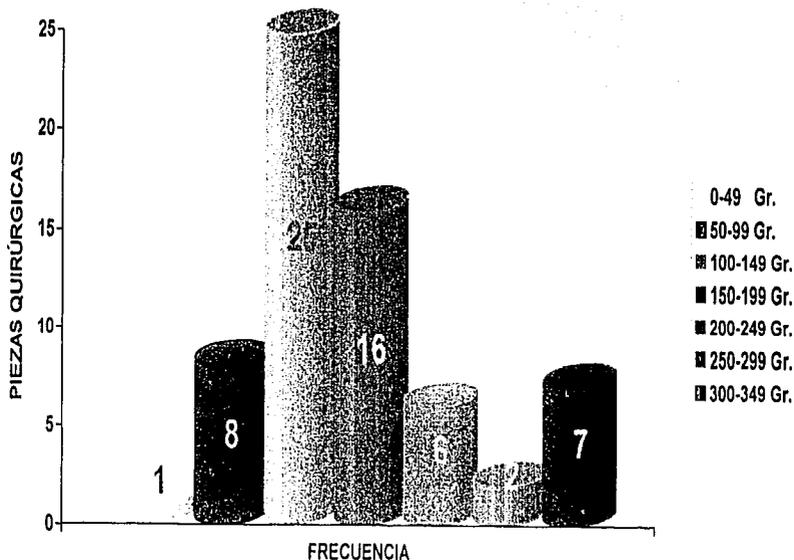
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



GRAFICA 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PESO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA
VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA



GRAFICA 10

ANALISIS.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) en 1995 dio a conocer los criterios para la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia señalando que la indicación es "ayudar" a la realización de una Histerectomía vaginal en circunstancias en las que la vía abdominal pudiera estar indicada, dando a escoger el abordaje quirúrgico dependiendo de la anatomía y la experiencia del cirujano. Nuestro estudio reportó, que la indicación mas frecuente fue Miomatosis uterina en 41.5% y en 9.3% asociada con otra patología pélvica quirúrgica, siendo similar con lo reportado en otros estudios a nivel mundial ^{2, 3, 4, 5, 6.}

Excluyendo a la Miomatosis en el 49.2% de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia se realizo en una amplia gama de indicaciones como fue: Displasia cervical persistente (NIC I + VPH, NIC II Y NIC III), CaCu 1^o, CaCu in situ, trastornorno de la estática pélvica, Adenomiosis, Hiperplasia endometrial y congestión pélvica., lo que demuestra que esta técnica quirúrgica se puede realizar en múltiple patología uterina.

Una de las características observada en nuestro estudio fue que solo el 27.7% de las pacientes obtuvo un índice de masa corporal normal. El 56.9% presento sobrepeso, el 10.8% obesidad grado I y 3.1% obesidad II. Esto no parece ser una contraindicación absoluta de la Histerectomía Vaginal Asistida por Laparoscopia; lo contrario de lo reportado por el Dr. Gayon y colaboradores. ⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro punto importante es que al realizar el estudio en un Centro Medico Nacional en donde su campo clínico es de concentración, encontramos que el 46.2% de las pacientes contaba con una o dos patologías crónico-degenerativas en donde el padecimiento mas común fue la Diabetes Mellitus. En la literatura Mundial no existen estudios en pacientes con estas características a las cuales se les haya realizado Histerectomía Vaginal Asistida por Laparoscopia, siendo de interés porque esta condición puede influir en el número de complicaciones y de estancia hospitalaria.

El 69% de nuestras pacientes tuvo por lo menos una cirugía abdominopélvica o del piso pélvico no constituyendo una contradicción para la realización de la cirugía.

Frecuentemente no se menciona el tipo de Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia de acuerdo a un sistema de clasificación, esto es importante para que exista una adecuada comparación de resultados. Nosotros utilizamos la de Monro y Parker, donde el mayor porcentaje fue la Ligadura unilateral o bilateral de los vasos uterinos (44.6%) y la disección y Ligadura parcial del ligamento cardinal y/o Uterosacro (38.5%).

El tiempo quirúrgico promedio fue 122.68 minutos (rango 70 a 210). A nivel nacional el Dr. Gayon y colaboradores, reportaron en una serie de 10 pacientes un promedio de 152 minutos (rango de 130 a 180).⁹ A nivel internacional se reportan tiempos desde 59 a 270 minutos^{2, 11, 6, 14, 19}. Por lo anterior nuestros tiempos quirúrgicos están en un rango aceptable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante mencionar que 32.3% se les realizó una o dos cirugías extra, sin que se halla especificado los tiempos quirúrgicos de cada una, por lo que nuestro tiempo quirúrgico total se vio incrementado.

El índice de conversión a laparotomía en nuestra serie fue de 1.5% (1/65) siendo un porcentaje por de bajo a lo reportado a nivel Nacional e Internacional. El Dr. Gayon y colaboradores reportan el 8.3% en una serie de 12 pacientes.⁹ El Dr. Otosep y colaboradores reportan en una serie de 40 pacientes el 10% de conversión.² La Dra. Ferrari y colaboradores, en una serie de 31 pacientes reporto el 27% de conversión a laparotomía (el 18% fue en pacientes con úteros >500 gramos).¹¹ El Dr. Rempen reporta en una serie de 47 pacientes el 6.3% de conversión a laparotomía.¹⁹ Sin embargo el mayor porcentaje de conversión fue en pacientes con leiomiomas de gran tamaño, por lo que la aplicación de la Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia tendría que ser evaluada en esta circunstancia.

La incidencia de morbilidad febril reportada es de 3.4 a 9.8, siendo en nuestro estudio de 6.2%, lo que coincide con la Literatura Mundial.

Las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías se presentaron en 5.1, 12.3 y 4.6% respectivamente. Lo reportado a nivel mundial es de 4 y 5.8%.^{1,16}

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

De todas las pacientes que presentaron complicaciones el 70% contaba por lo menos con una patología crónico-degenerativa como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Hipotiroidismo, Artritis Reumatoide entre otras. Sin embargo del total de las pacientes con enfermedad crónica-degenerativa se complicaron el 38% con una $p = 0.12$ lo cual no tiene significancia estadística.

La estancia hospitalaria promedio fue de 2.29 días (rango de 1 a 5). A pesar de que el 46.2% de las paciente cursaban con enfermedad crónica, la cual tuvo que ser estabilizada posterior la cirugía y antes de su egreso; aun así, nos encontramos por debajo de lo reportado a nivel Mundial. El Dr. Morana y colaboradores reportaron 4.4 días (rango de 2 a 9) y la Dra. Ferrari y colaboradores reportaron 3.8 días en una serie de 20 pacientes.^{6, 11}

El peso de la pieza quirúrgica en promedio en el presente estudio fue de 157.98 gramos (rango 50 a 340). En la Literatura se han reportado piezas quirúrgicas de más de 500 gramos, sin embargo, esto se ha asociado a la realización de más Laparotomías.^{2, 11, 14, 16, 19}

En general la Histerectomía vaginal asistida por la Laparoscopia implica una fase Laparoscópica que permite la evaluación exacta de la pelvis e identificar patologías que pueden tratarse por este medio (Adherencias, Tumores de ovario, etc.), como ocurrió en este estudio.

Se puede resumir que algunas de las indicaciones para la realización de Histerectomía vaginal asistida por Laparoscopia son las contraindicaciones de histerectomía vaginal como son tumores de ovario, Síndrome adherencial, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El más grande beneficio es la habilidad de convertir una Histerectomía total abdominal a la ruta vaginal con las ventajas de ésta a demás de ser una cirugía menos invasiva. La oportunidad de ofrecer a la mujer soluciones quirúrgicas nuevas, con mejores beneficios es responsabilidad del médico así como asegurarse de que éstos nuevos procedimientos se han efectivos.

Se necesitan más estudios con las características de nuestras pacientes (Obesidad, enfermedades crónico-degenerativas, uso de medicamentos inmunosupresores, etc.) para poder establecer si esta vía quirúrgica es la más adecuada en este tipo de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Marana R, Busacca M, Zupi E. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: A prospective, randomized, multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180: 270-275.
- 2.- Ottosen Christian, Lingman Goran. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000, 107:1380-1385.
- 3.- Carlson KJ, Millar BA, Fowler FJ. The Main Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1994;83:556-565.
- 4.- Pokras R, Hufnagel VG. Hysterectomy in the United States, 1965-84. *Am J Pub Health.* 1988;78:852-853.
- 5.- Mushinski M. Hysterectomy charges: Geographic variations in United States, 1994. *Stat Bull* 1996; Jan-Mar:2-12.
- 6.- Morana R, Luigi PP. Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy as an Alternative to Abdominal Hysterectomy. *Gynecol Obstet Invest* 1996;42: 249-252
- 7.- Johns J A, Diamond MP. Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy. *The Journal of Reproductive Medicine.* 1994, 39:424-428.
- 8.- Nava y Sanchez R, Molina Sosa A. Endoscopia Quirúrgica Ginecológica. *Méx* 1995:6-8
- 9.- Gayon-Vera E, Simon-Perira LA. Histerectomía laparoscópica asistida vaginalmente contra Histerectomía abdominal. Experiencia inicial. *Ginec Obstet Méx.* 1999,67:164-168.
- 10.- Munro M, Ranker W. A classification system for laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1993;82: 624-628
- 11.- Ferrari Maria Maddalena, Berlanda Nicola. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000; 107:620-625.
- 12.-Johns DA, Carrera B, Jones J, DeLeon F. The medical and economic impact of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a large, metropolitan, not-for-profit hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:1709-1719.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 13.- Dorsey JH, Holtz PM, Griffiths RI, McGrath MM. Costs and charges associated with three alternative techniques of hysterectomy. *N Engl J Med.* 1996;335:476-482.
- 14.-Summitt RL, Stovall TG, Steege JF. A multicenter randomized comprison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in abdominal hysterectomy candidates. *Obstet Gynecol.* 1998;94:476-479.
- 15.-Cristoforoni FJ, Palmieri A, Gerbaldo D, Montz FJ. Frequency and cause of aborted laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *JAAGL.* 1995;3:33-37.
- 16.- Nezhad C, Bess O, Admon D. Hospital cost comparison between abdominal vaginal and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1994;83:711-716.
- 17.- Rosales JA, Gonzalez VR. Histerectomía laparoscopica por morcelación tipo CASH (classical abdominal Semm Hysterectomy). *Ginec Obstet Mex.* 1994;62:378-384.
- 18.-Falcone T, Paraiso MFR, Wascha E. Prospective randomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:955-962.
- 19.-Rempen Andreas. Experience with laparoscopic assistance in vaginal hysterectomy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* Germany. 1996; 65: 215-220.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIO DE GINECOLOGIA.

HOJA DE REPORTE DE HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA.

FOLIO: _____ No DE AFILIACION: _____
 NOMBRE: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
 FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE EGRESO: _____
 FECHA DE REALIZACION DE LA CIRUGIA: _____
 INDICACION DE LA CIRUGIA: _____
 ANTECEDENTES DE CIRUGIA PELVICA PREVIA: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS:

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS:

G ___ p ___ A ___ C ___ Ultimo papanicolaou: _____

SISTEMA DE CLASIFICACION DE HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA.

TIPO 0 LAPAROSCOPIA PARA VALORAR Y PREPARAR EL CAMPO HV CONVENCIONAL ()
 TIPO 1 DISECCION Y LIGADURA DE LOS PEDICULOS OVARICOS ()
 TIPO 2 DISECCION Y LIGADURA DE LOS VASOS UTERINOS ()
 TIPO 3 DISECCION LIGADURA EN FORMA TOTAL O PARCIAL DE UTEROSACROS O CARDINALES ()
 TIPO 4 HISTERECTOMIA CON LIGADURA Y DISECCION DE TODOS LOS PASOS ANTERIORES ()

OTROS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA CIRUGIA:

TIEMPO QUIRURGICO TOTAL: _____ TIEMPO QUIRURGICO LAPAROSCOPICO _____
 TIEMPO QUIRURGICO VAGINAL: _____ TIEMPO ANESTESICO TOTAL _____
 TIEMPO DE HOSPITALIZACION: _____ TIEMPO DE INCAPACIDAD: _____
 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS: _____

COMPLICACIONES ANESTESICAS:

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS:

PESO DE LA PIEZA QUIRURGICA: _____ SANGRADO APROXIMADO: _____
 ANTIBIOTICO UTILIZADO: _____
 COMPLICACIONES TARDIAS: _____

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS:

TRFCS CON
FALLA DE ORIGEN