

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE
ESTADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA

CORRELACIÓN DE DIAGNÓSTICO
HISTOPATOLÓGICO PREOPERATORIO VS
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO EN
CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN PACIENTES
MAYORES DE 50 AÑOS

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DR. ARMANDO ANTONIO RUIZ VALDÉS**

MÉXICO, D.F.

1999



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.

**DR. MARCO ANTONIO MÁRQUEZ
BECERRA**

**COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TACUBA
*ASESOR DE TESIS***

**DR. ALFONSO CASTAÑÓN
HERNÁNDEZ**

**JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL TACUBA**

**DR. ARMANDO ANTONIO RUIZ
VALDÉS**

INVESTIGADOR

DIOS CONCEDEME SERENIDAD PARA
ACEPTAR LAS COSAS QUE NO
PUEDO CAMBIAR.
VALOR PARA CAMBIAR LAS QUE SI
PUEDO.
Y SABIDURÍA PARA CONOCER LA
DIFERENCIA.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, SOBRE TODAS LAS COSAS.

A MIS PADRES, ARMANDO Y
LOURDES POR TODO SU APOYO.
COMPARTO CON ELLOS LA
CULMINACIÓN DE UNA META.

AL DR. MARCO ANTONIO MÁRQUEZ
BECERRA, POR INCULCARMÉ
AQUELLO QUE NO ESTA EN LOS
LIBROS: EL RESPETO A LA
PACIENTE.

AL DR. ARTURO JUAREZ
AZPILCUETA, POR SU APOYO
INCONDICIONAL PARA LA
ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS
DE RESIDENCIA.

ÍNDICE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

RESULTADOS

CONCLUSIONES

COMENTARIOS

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo general del presente estudio fue analizar la cirugía ginecológica en pacientes mayores de 50 años correlacionando el diagnóstico clínico e histopatológico preoperatorio contra el postoperatorio

MATERIAL Y MÉTODOS: Se efectuó un estudio retrospectivo, comparativo y descriptivo en pacientes con operación ginecológica mayores de 50 años derechohabientes del ISSSTE del Hospital General Tacuba, México, D.F.: en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de Diciembre de 1997 comparando resultados de estudios histopatológicos preoperatorios y analizando edad, enfermedades concomitantes a su padecimiento a tratar, tipo de cirugía realizada, complicaciones inmediatas, mediatas y tardías y evolución postoperatoria.

RESULTADOS: Se analizaron 63 casos en un periodo de doce meses. La edad promedio fue de 57.5 años. El 42.8% fue sometida a histerectomía abdominal y vaginal en el 23.8% y se efectuaron colpoperinoplastías en el 19%. Los principales diagnósticos preoperatorios fueron 10 (37%) pacientes con miomatosis uterina, 6 (22%) con lesión cervical de alto grado, 8 (29.6%) con hiperplasia endometrial.

Las principales patologías coexistentes fueron: hipertensión arterial sistémica 12 (19.04%), diabetes mellitus 6 (9.52%), enfermedades endocrinas 2 (3.17%), cardiopatías 1 (1.5%).

Hubo correlación histopatológica en el 67% de los casos.

CONCLUSIONES: concluimos que la cirugía ginecológica en pacientes mayores de 50 años requiere una especial atención por las patologías concomitantes propias de la edad, así como de requerir mayor atención en la elaboración de los diagnósticos histopatológicos y su correlación clínica a fin de no exponer innecesariamente a las pacientes al riesgo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía, climatéricas, hiperplasia, endometrial, histopatológico.

SUMMARY

OBJECTIVE: The purpose of this study was to analyze gynecological surgery in patients over 50 years old comparing the preoperative clinical and histopathological diagnosis against the postoperative ones.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, comparative and descriptive study was conducted involving patients over 50 years of age who were registered at the Hospital General Tacuba (ISSSTE), in Mexico City, in the period from January 1st to December 31 1997th. The histopathological preoperative diagnostics were compared against the postoperative results, this aspects analyzed were age, concomitant illnesses, realized surgery and early, mediate and long term complications.

RESULTS: The study was compared of a total population of 63 patients, Mean age 37.5 years old. Abdominal hysterectomy was realized in 42.8% of the cases, vaginal hysterectomy in 23.8%, and uretrovaginal suppression in 19% from the total.

The principal associated illnesses were high blood pressure 12 (19.4%), diabetes mellitus 6 (9%), endocrinal abnormalities 2 (3.17%), cardiological abnormalities 1 (1.5%). The patients who underwent abdominal hysterectomy had the following diagnostics: uterine myomatosis in 10 patients (37.9, 6 CASES (22.2%) with cervical high grade lesions and 8 (29.6%) patients with endometrial hyperplasia. There were histopathological correlation in 67% of the cases.

CONCLUSIONS: Gynecological surgery in patients over 50 years age requires a special consideration because of the concomitant illnesses presented during this stage, and much more care is needed to improve the accuracy of diagnosis.

KEY WORDS: Hysterectomy, climacteric, endometrial, hyperplasia, histopathologic.

INTRODUCCIÓN

La edad avanzada en la paciente que es sometida a cirugía ginecológica no contraindica el procedimiento, siempre y cuando la indicación operatoria sea precisa, si se maneja adecuadamente el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, recordando que las pacientes mayores de 50 años tienen una disminución de la reserva funcional y menor tolerancia a las complicaciones, sobre todo cuando implican postoperatorio prolongado. (1)

Los dos grupos de padecimientos que dominan por completo a las pacientes mayores de 50 años son los síndromes de relajación pélvica, y las neoplasias malignas del aparato genital. Estas dos entidades en conjunto dieron un 87.65% de las indicaciones quirúrgicas a partir de los 65 años. Según esta patología, las operaciones realizadas también varían de un grupo de edad a otro, predominando antes de los 65 años diversos tipos de cirugía conservadora y la histerectomía abdominal. En cambio después de esta edad predominó la histerectomía vaginal y otras operaciones para tratamiento de la relajación pélvica. (1)

Por otra parte, obliga a una adecuada valoración preoperatorio este grupo de pacientes debido a la incidencia de padecimientos asociados cuya mayor incidencia fueron padecimientos cardiovasculares, bronco pulmonares, metabólicos, que son más frecuentes a ésta edad avanzada. (1, 2)

La supervivencia no está supeditada al tipo de cirugía ni a la edad, sino a la enfermedad concomitante. (3)

Hemorragia, infección, fiebre inexplicable, lesión a órganos adyacentes, neuropatía femoral, enfermedad trombo embólica, íleo parálítico obstrucción intestinal, dehiscencia facial, prolapso e la trompa de Falopio, son sólo algunas de las complicaciones secundarias a la cirugía ginecológica que sumados a los factores de riesgo son la edad y padecimientos concomitantes, obesidad, etc., potencian la morbi-mortalidad. (4)

JUSTIFICACIÓN

Conociendo los diagnósticos clínicos e histopatológicos más frecuentes y los errores diagnósticos preoperatorios y sus factores se beneficiaría éste grupo de pacientes con mayor riesgo de morbilidad que el resto de la población no exponiéndolo innecesariamente a éste tipo de intervención quirúrgica.

OBJETIVO GENERAL

- ◆ Analizar la cirugía ginecológica en pacientes mayores de 50 años correlacionando el diagnóstico clínico e histopatológico vs. el postoperatorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la cirugía ginecológica que se realiza con más frecuencia en el Hospital General Tacuba en pacientes mayores de 50 años.
2. Conocer los principales errores diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo y descriptivo en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 1997, estudiando a 63 pacientes derechohabientes del ISSSTE del Hospital General Tacaba de México, D.F., recabando datos de los expedientes del archivo clínico en una hoja de cédula de recolección de datos los cuales incluyeron ficha de identificación, menarquia, ritmo catamenial, inicio de la vida sexual activa, número de parejas, número de embarazos, resolución de los mismos y en que medio, método de planificación familiar, citologías vaginales y/o colposcopías con biopsias de cérvix, menopausia, antecedentes personales patológicos, diagnóstico preoperatorio con Papanicolaou y/o biopsia de endometrio , diagnóstico preoperatorio clínico e histopatológico, cirugía realizada, hallazgos transoperatorios, complicaciones inmediatas, mediatas y tardías.

Se realiza análisis estadístico utilizando medidas de dispersión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes de más de 50 años.
2. Sometidas a cirugía ginecológica.
3. Expediente completo.
4. con reporte de estudio histopatológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes menores de 50 años.
2. Expediente incompleto.
3. Sin reporte de estudio histopatológico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ◆ No encontrar datos en el archivo.

RESULTADOS

Se analizaron 63 casos en un periodo de doce meses. El promedio de edad fue de 57.5 años, con un rango de 50 a 78 años de edad.

Una de las variables analizadas fueron los padecimientos concomitantes encontrando que 12 (19.04%) tenían hipertensión arterial, 6 (9.52%) diabetes mellitas, 1 (1.58%) hipotiroidismo, 1 (1.58%) hipertiroidismo, y 1 (1.58%) antecedentes de accidente vascular cerebral.

Del total de pacientes a 39 (61.90%) se le realizó histerectomía siendo abdominal en 27 (69.23%) y vaginal en 12 (30.76%), el resto correspondió a colposuspensiones en 24 (38.09%).

Los principales diagnósticos preoperatorios encontrados en orden de frecuencia fueron los siguientes leiomiomatosis 17 (43.58%), cervicitis crónica 14 (35.89%), adenomiositis 9 (23.07%), displasias cervicales 8 (20.51%), endometrio atrófico 7 (117.94%), arterioesclerosis del miometrio 6 (15.38%), hiperplasia endometrial con atipia 1 (2.56%), adenocarcinoma endometrioide 1 (2.56%), endometriosis 1 (2.56%).

Se compararon los reportes de estudio histopatológico preoperatorio con los postoperatorios encontrando correlación en el 67% de los casos.

No se reportaron complicaciones en el transoperatorio ni en el postoperatorio inmediato, mediato y tardío.

CONCLUSIONES

1. La cirugía ginecológica en pacientes mayores de 50 años que más se efectuó fue la histerectomía abdominal.
2. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue de leiomiomatosis uterina.
3. Hubo correlación de diagnóstico histopatológico preoperatorio con el histopatológico postoperatorio en el 67% de los caso.
4. No hubo correlación de diagnóstico histopatológico preoperatorio con el histopatológico postoperatorio en el 33% de los casos.
5. Las enfermedades concomitantes en éste grupo de pacientes más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica en el 19.04% y diabetes mellitas en el 9.52%.

COMENTARIOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en éste estudio, así como los reportados en publicaciones nacionales e internacionales, es necesario realizar un adecuado diagnóstico preoperatorio para no exponer innecesariamente a un procedimiento quirúrgico, pues es sabido que a partir de ésta edad hay disminución en el transporte y el consumo de oxígeno con moderado incremento en su extracción a nivel tisular; el trabajo cardiaco es mayor, con un gasto cardiaco menor a niveles aumentados de carga e impedancia con moderada disminución de los índices de reserva proteica muscular así como viscerales e inmunológicas, además de disminución de la reserva funcional de la homeostasis y es precisamente éste margen estrecho lo que obliga a considerar esta cirugía como de “alto riesgo”, estableciendo la necesidad de compensar estas deficiencias por medio de cuidados pre, trans y postoperatorios.

En el preoperatorio es importante investigar padecimientos concomitantes que en nuestro estudio alcanzaron alta incidencia para procedimientos cardiovasculares, endocrinos, pulmonares, etc.

Los grupos de padecimientos que dominan por completo son tumoraciones benignas como la leiomiomatosis uterina, las neoplasias premalignas y malignas y los síndromes de relajación pélvica.

Según éstas patologías las operaciones realizadas que predominan son la histerectomía abdominal, vaginal y otras operaciones para corregir la relajación pélvica.

Los buenos resultados obtenidos en éste grupo de pacientes a pesar de ser un grupo “de alto riesgo” por las razones ya expuestas, se deben a que en la rutina de éste grupo de pacientes en nuestro Servicio de Ginecología se procura compensar las deficiencias órgano-funcionales que conducen a la disminución de la reserva funcional, por medio de cuidados pre, trans y postoperatorios adecuados, siendo en el preoperatorio los exámenes de biometría hemática, química sanguínea, y tiempos de coagulación, electrocardiograma, y pruebas adicionales que el cardiólogo considere necesarias, y corrección, mejoría o estabilización de los factores anormales, siendo también importante la preparación psicológica de la paciente para el acto operatorio.

En el transoperatorio cuidados como el vendaje de extremidades inferiores, posición elevada de las piernas en cirugía vaginal, hidratación de la paciente, evitar caídas de la tensión arterial, etc.

En el postoperatorio se ponen en práctica los valiosos recursos de la terapia respiratoria y medidas profilácticas de la tromboflebitis postoperatoria como son la deambulación precoz, vendaje de los miembros inferiores, correcta hidratación de la paciente, etc.

Resumiendo, no cabe la idea de que la edad de la paciente contraindica la cirugía ginecológica y podemos decir que es posible cualquier procedimiento quirúrgico si la *indicación operatoria es precisa* y con un manejo adecuado al perioperatorio.

TIPOS DE CIRUGÍA

Histerectomía vaginal	12 (30.76%)
Histerectomía abdominal	27 (69.23%)
Colposuspensiones	24 (38,09%)

DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS

Miomatosis uterina	10 (37%)
Lesión cervical	6 (22.2%)
Hiperplasia endometrial con atipia	8 (29.6%)

DIAGNÓSTICOS POSTOPERATORIOS

Leiomiomatosis	17 (43.58%)
Cervicitis crónica	14 (35.89%)
Adenomiositis	9 (23.07%)
Displasias cervicales	8 (20.51%)
Endometrio atrófico	7 (17.94%)
Arterioesclerosis miometrial	6 (15.38%)
Arterioesclerosis miometrial con atipia	1 (2.56%)
Adenocarcinoma endometroide	1 (2.56%)
Endometriosis	1 (2.56%)

PATOLOGÍAS ASOCIADAS

Hipertensión arterial	12 (19.04%)
Diabetes Mellitas	6 (9.52%)
Hipotiroidismo	1 (1.58%)
Hipertiroidismo	1 (1.58%)
Accidente vascular cerebral	1 (1.58%)

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ BA. CIRUGÍA GINECOLOGICA EN LA ANCIANA. GINEC OBSTET MEX 1985; 53 (335): 53-55.
2. AHUED AR, HARO ME, PINEDA GE, GAVIÑO AS. CIRUGÍA GINECOLOÓGICA EN LA TERCERA EDAD. GINEC OBSTET MEX 1990;58:5-7.
3. CONONEL BP, OLIVARES NJ, PALAFOX SF. CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN LA PACIENTE GERÍATRICA. GINEC OBSTET MEX 1997;65:386-390.
4. WESLEY JH. EARLY COMPLICATIONS OF ABDOMINAL AND VAGINAL HYSTERECTOMY. BSTET GYNECOL SURG 1995;50(11):795-805.
5. HILLIS SD, MARCHBANKS PA, PETERSON HB. UTERINE SIZE AND RISK OF COMPLICATION AMONG WOMEN UNDERGOING ABDOMINAL HYSTERECTOMY FOR LEIOMYOMAS. OBSTET GYNECOL 1996; 87 4= 539-43.
6. SCOTT JR, SHARP HT, DODSON MK, NORTON PA, WARNER HR. SUBTOTAL HYSTERECTOMY IN MODERN GYNECOLOGY: A DECISION NALYSIS. AM J OBSTET GYNECOL 1997;176 (6): 1186-1192.
7. HARRIS WJ. COMPLICATIOIS OF HYSTERECTOMY. CLIN OBSTET GYNECOL 1997; 40(4): 928-938.
8. PERSSON E, BERGSTROM M, LARSSON P, MOBERG P. INFECTIONS AFTER HYSTERECTOMY. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 1996;75:757-761.
9. DORSEY JH, STEINBERG EP, HOLTS PM. CLINICAL INDICATION FOR HYSTERECTOMY ROUTE: PATIENT CHARACTERISTICS OR PHYSICIAN PREFERENCE? AM J OBSTET GYNECOL 1995;175(5):1452-1460.

10. NIETO EM, DELGADO UJ, ESPINOZA IM. HISTERECTOMIA VAGINAL EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. GINEC OBSTET MEX 1994;62:225-258.
11. HILLIS SD, MARCHBANKS PA, RATLIF TL, PETERSON HB. HIGHER HYSTERECTOMY RISK FOR STERILIZED THAN NON STERILIZED WOMEN: FINDINGS FROM THE U.S. COLLABORATIVE REVIEW OF STERILIZATION. OBSTET GYNECOL 1998;91(2):241-246.
12. RANSOM SB, MCNEELLEY SG, MALONE JN. A COST EFFECTIVENESS EVALUATION OF PREOPERATIVE TYPE AND SCREEN TESTING FOR BAGINAL HYSTERECTOMY. AM J OBSTET GYNECOL 1996;175(5):1201-03.
13. CORONOEL BP. PALAFOX SF, PEREZ CR. LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL OSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. MIGUEL DORANTES MESA, SS. INFORME DE 140 CASOS. GINEC OBSTET MEX 1994;62:296-299.
14. TESSLER MJ, DARDASH K, KLEIMAN S, ROSSIGNOL M. A RETROSPECTIVE COMPARISON OF SPINAL AND GENERAL ANESTHESIA FOR BAGINAL HYSTERECTOMY: A TIME ANALYSIS. ANESTH ANALG 1995;81:694-696.
15. THOMPSON AD. ROCK JA. TELINDE'S OPERATIVE GYNECOLOGY. 7TH ED. PHILADELPHIA LIPPINCOTT JB. 1992. P-787.
16. STOVALL TG, SUMMITT RL, BECKMANN CHR, LING FW. MANUAL CLÍNICO DE GINECOLOGÍA. 1995, P.132.
17. BACH JF, IMBERT JC, JASMIN C, MÉNARD J, NEVEUX JY. ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE. 1993, P.300-310.