

**“Tipos de
Histerectomía,
Indicaciones y
Complicaciones en el
Hospital Dr Fernando
Quiróz Gutiérrez”**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA NACIONAL DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
TESIS PARA OBTENER GRADO DE: MEDICO CIRUJANO CON ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

H.G DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ, ISSSTE

**ASESOR: DR MAURICIO GUTIERREZ CASTAÑEDA
MEXICO DF**

SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. JOSE OJEDA POLITO R4GO

18/FEBRERO/2015



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.

ÍNDICE.....	1
MARCO TEORICO.....	2
PROBLEMA.....	4
HIPOTESIS.....	4
OBJETIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.....	4
JUSTIFICACION.....	5
POBLACION/MUESTRA.....	5
CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION/.....	5
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	6
DISEÑO.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	6
DISCUSION.....	7
CONCLUSIONES.....	9
ANEXOS.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	16

Marco teórico

La histerectomía es la remoción quirúrgica del útero entre los cuales se encuentran diferentes tipos de abordaje, entre ellos la histerectomía abdominal (HA) envuelve el retiro del útero a través de una incisión en el abdomen bajo; dentro de este tipo tenemos a la histerectomía subtotal (HS) y a la histerectomía radical la cual se realiza en procedimientos de malignidad asociando la salpingooforectomía bilateral y los nódulos linfáticos pélvicos. La histerectomía vaginal (HV) envuelve el retiro del útero a través de la vagina sin incisiones abdominales, la histerectomía laparoscópica (HL) envuelve el retiro del útero a través de puertos laparoscópicos y puede ser subdividida dependiendo de la extensión de la cirugía realizada, siendo ésta la histerectomía total laparoscópica (HTL), histerectomía supracervical laparoscópica (HSL) o histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (HVLA) [1].

La histerectomía es la operación ginecológica mayormente realizada a través del mundo, aun no existe un consenso de cuál es el método óptimo para su abordaje [4].

Después de la cesárea, la histerectomía es la segunda operación mayormente realizada en mujeres en edad reproductiva en los Estados Unidos. Aproximadamente 600,000 histerectomías son realizadas al año y se estima un número de 20 millones de mujeres a las cuales se les ha sometido a éste procedimiento [4]

A pesar de los beneficios de la HS, la HA se convirtió en el procedimiento estándar puesto que disminuía el riesgo de cáncer cervical y la persistencia del sangrado vaginal, actualmente se ha retornado a la HS pero el número de procedimientos realizados varía entre países, existió un aumento de HS en EUA del 0.7% en 1990 a un 1.1 en 1993, posteriormente 1.6% en 1997 y 7.5% en el 2004. [8]

Actualmente se ha retornado a la HS pero el número de procedimientos realizados varía entre países, existió un aumento de HS en EUA del 0.7% en 1990 a un 1.1 en 1993, posteriormente 1.6% en 1997 y 7.5% en el 2004. [5].

Durante el 2000-2004 la tasa de realización de histerectomía en los EUA fue de 5.4 por cada 1000 mujeres. [6]

Los factores de riesgo asociados a mayor co-morbilidad son: cáncer ginecológico concomitante, historia de cesárea previa, experiencia disminuida del cirujano, edad avanzada y la obesidad, realizándose mayormente en mujeres de 40-44 años siendo las tres condiciones más asociadas: miomas, endometriosis y prolapso uterino.

El retiro del útero ha demostrado buenos resultados con bajas tasas de complicaciones sintomáticas: miomas, endometriosis, dismenorrea, hemorragia uterina (hipermenorrea), sin embargo debe darse preferencia a métodos menos invasivos y un tratamiento individualizado. La histerectomía abdominal permanece siendo la vía de abordaje. [7]

Las indicaciones para la realización de histerectomía son: sangrado uterino disfuncional, miomatosis uterina, prolapso genital, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, absceso tubo-ovárico, displasia cervical e hiperplasia endometrial. [7]

Las complicaciones comunes de la histerectomía incluyen hemorragia (intraoperatorias y postoperatoria), infección del sitio de herida quirúrgica y dehiscencia, infección urinaria, daño a órgano vecino y enfermedad tromboembólica. [11].

La histerectomía vaginal se asocia con menor morbilidad, recuperación más rápida y menor estancia intrahospitalaria comparada con la histerectomía abdominal. Un estudio sistemático randomizado concluyo que cuando posible, la HV debería ser realizada en vez de la HA para el tratamiento de la patología benigna ginecológica.

Aun así HV tiene menores riesgos comparados con la HA. Un hematoma representa la complicación perioperatoria más común de la HV seguido de fiebre, disminución en la hemoglobina, necesidad de transfusión, reingreso al hospital y mayor tiempo de estancia intrahospitalaria. [5]

El procedimiento es técnicamente más simple que la histerectomía abdominal y evita la necesidad de disección a través de la zona vascular paravaginal de la cúpula, en proximidad con el uréter. [9]

Permanece siendo un procedimiento totalmente intraperitoneal y evade la comunicación entre la cavidad vaginal y la cavidad abdominal. [8]

Problema:

¿Cuál de las vías de abordaje quirúrgico presenta mayores beneficios y menores complicaciones en la realización de la histerectomía en la patología benigna ginecológica en nuestro medio?

Hipótesis:

H1: La histerectomía vaginal presenta menores complicaciones en las pacientes portadoras de patología ginecológica benigna.

H0: La histerectomía vaginal no es la vía de abordaje de elección en pacientes portadoras de patología ginecológica benigna.

Objetivo

Comparar los diferentes tipos de histerectomía y vía de abordaje que ofrece mayor beneficio y menores complicaciones en las pacientes con patología benigna ginecológica.

Objetivos secundarios

- Conocer las indicaciones médicas para el procedimiento
- Determinar la cantidad de sangrado y disminución de la hemoglobina en los diferentes tipos de histerectomía
- Conocer el tiempo quirurgo entre los diferentes tipos de histerectomía
- Conocer las complicaciones transoperatorias y postoperatorias y su frecuencia en los diferentes tipos de histerectomías.
- Conocer los días de estancia hospitalaria entre los diferentes tipos de histerectomía.
- Conocer el número de pacientes presentaron reingreso a la unidad secundario a complicación del procedimiento.

Justificación

Se requiere valorar la vía de abordaje quirúrgico de la histerectomía, para determinar cuál de ellas presenta menor número de complicaciones, sangrado, tiempo de estancia hospitalaria y reingresos al hospital.

Población/muestra

Mujeres de la consulta externa del servicio de Ginecología y urgencias del Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez con sangrado uterino anormal y sintomatología mecánica pélvica asociada a patología benigna ginecológica.

Criterios de inclusión

- Mujeres con presencia de sangrado uterino anormal o síntomas mecánicos pélvicos por patología ginecológica benigna sometidas a histerectomía de la consulta externa del servicio de ginecología y urgencias del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas o realización de histerectomía obstétrica.

Criterios de eliminación

- Pacientes en las cuales posterior a la histerectomía se les haya diagnosticado con datos de malignidad
- Expedientes incompletos

Diseño

- Se trata de un estudio, transversal, retrospectivo y descriptivo.

Material y Métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de 124 pacientes vistas en la consulta externa de ginecología y urgencias del Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez en el periodo comprendido del 1º Enero del 2013 al 31 de junio del 2014, con diagnóstico de sangrado uterino anormal que requirieron histerectomía como método definitivo, de las cuales se lograron incluir 111 expedientes que cumplían con los criterios.

Se recabaron los datos en el programa Microsoft Excel 2010, con división de las pacientes dependiendo del procedimiento realizado en grupos.

Se analizó cada grupo por separado y se realizó obtención de media en cuantificación de sangrado (mililitros), tiempo (minutos), indicaciones y frecuencia de complicaciones por grupo.

Resultados

Se lograron incluir los expedientes de 111 pacientes, divididas en 79 mujeres sometidas a histerectomía abdominal (HA), 25 histerectomía subtotal (HS) y 7 a histerectomía vaginal (HV).

Se observó una edad promedio de 43.6 años para el grupo HA, 45.6 años para el grupo de HS y 68.8 años para la histerectomía vaginal HV. (Tabla 1)

Dentro de las indicaciones se observó para la HA, la principal indicación fue miomatosis uterina de grandes y medianos elementos 30 pacientes (38%) respectivamente, seguido de miomatosis uterina de medianos elementos 16 pacientes (20%), 2 pacientes IVPH (3%) y 1 paciente tumoración anexial (1%). (Tabla 2)

Para la HS la principal indicación fue miomatosis uterina de grandes en 9 pacientes (36%), miomatosis uterina de pequeños elementos en 6 pacientes (24%), miomatosis uterina de medianos elementos 4 pacientes (16%), seguidos de tumoración anexial en 4 pacientes (16 %%), tumoración pélvica en 2 pacientes (8%) (Tabla 3); Para la HV la indicación fue prolapso uterino en 7 pacientes (100%). Se muestra en la (Tabla 4) el panorama general de las indicaciones.

El sangrado promedio para la HA fue de 350cc, para la HS de 376cc y para la HV de 211cc, con un sangrado mínimo y máximo para la HA de 100cc y 1300 cc, HS de 100 cc y 900 cc y para la HV de 80 cc y 400 cc respectivamente. (Tabla 5 y 6)

Existió una disminución de los niveles de hemoglobina para la HA de 1.18 g/dl, para la HS disminuyó un promedio de < 1.4 g/dl, y para la HV se reportó una disminución de 0.7 g/dl. (Tabla 7)

El tiempo quirúrgico promedio para la HA fue de 134 min, HS de 123 min, HV 77 min, con tiempo mínimo y máximo para la HA de 70 min y 250 min, HS 81 min y 195 min y para la HV 70 min y 85 min respectivamente. (Tabla 8 y 9)

Respecto a las complicaciones se presentaron en un 9.40% en el perioperatorio/postoperatorio para la HA, de las cuales fueron: fiebre en 4 pacientes, lesión vesical en 3 pacientes y 3 pacientes que requirieron transfusión, 9.20% para la HS de las cuales fueron: 4 pacientes requirieron transfusión y 2 paciente fiebre, y 7% para la HV de las cuales se presentaron 2 paciente con absceso de cúpula. (Tabla 10)

Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron para la HA en un 8% de las cuales se presentaron 3 pacientes con fistula vesico-vaginal, 3 con dehiscencia de herida quirúrgica, 3 infecciones vaginales, 1 infección urinaria y 1 hematoma de pared, en la HS se presentaron en un 7% de las cuales fueron: 2 pacientes con dehiscencia de herida quirúrgica y 1 infección urinaria, en la HV se presentó un 8% con 1 paciente que presento incontinencia urinaria.

Con respecto a los días de estancia intrahospitalaria se registro un promedio de 3.28 días promedio para la HA, 3.52 días para la HS, y 3.66 días para la HV.

Existió un porcentaje de reingreso para la HA de 7.5%, para la HS 8% y 7% para la HV. (Tabla 11)

Se logro observar que un 22% del grupo de HA presentaba algún cirugía previa, que en el grupo de HS un 84.21% y un 66.66% de pacientes en el grupo de HV como factor de riesgo importante para presentar algún tipo de complicación.

Discusión

No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad de realización de histerectomía en los diferentes grupos de estudio, 40-45 años para la población mundial vs 42 y 45 años para la HT y HS, y para la HV 65 años en la literatura vs 71 años. [4]

El sangrado promedio reportado a nivel internacional fue de 126 ml en HV, 222 HS y 243 HA, observándose una mayor cantidad de sangrado en nuestro medio para todas las vías de abordaje sin embargo esta cantidad de sangrado no es representativo para aumentar el factor de co-morbilidad de las pacientes, y se puede apreciar que la

histerectomía vaginal tiene la cantidad menor de pérdida sanguínea como vía de abordaje lo que apoya nuestra premisa inicial. [10]

Respecto a los tiempos quirúrgicos se observó un tiempo de 108 min para la HA, 80 min para la HS y 87 min para la HV, siendo mayores los tiempos para la HA e HS en nuestro hospital, pero menores en la HV, sin resultar ser significativos para el aumento de riesgo de co-morbilidad, por lo que nuestra unidad se encuentra en rangos de literatura a nivel internacional.

La mayor complicación perioperatoria reportada en la literatura fue la hemorragia en cualquier vía de abordaje, lo cual es similar en nuestro medio presentándose como complicación principal perioperatoria la hemorragia y fiebre seguido de lesiones vesicales; para la histerectomía vaginal la complicación mayor sigue siendo la hemorragia, en nuestro medio se presentaron solo dos paciente con absceso de cúpula, la cual es la segunda causa de complicación más frecuente. Respecto a lo anterior podemos observar que nuestras complicaciones no divergen mucho de los países de primer mundo; sin embargo para la tasa de complicación reportada en EUA que es de 8-10% es mayor en nuestro medio con un aproximado de 11% en los diferentes grupos de abordaje de manera global. [11]

Respecto a las complicaciones postquirúrgicas se observó en nuestro medio que la mayor complicación presentada fue la dehiscencia de herida quirúrgica en el grupo de HA e HS, concordante con la literatura, seguido de infecciones genitourinarias y se puede observar que en nuestro medio la fistula vesico-vaginal a pesar de ser una complicación poco frecuente (menor al 1%), se observó en un 3.77% en el grupo de la HA, respecto a la HV solo se observó una paciente la cual presentó incontinencia urinaria posterior a la cirugía. [4,11]

La disminución de hemoglobina reportada a nivel internacional se describe 1.60 g/dl para la HV, 1.72 para la HA y 1.65 HS, comparado con nuestro medio 0.7 g/dl para la HV, 1.18 g/dl para la HA y 1.44 g/dl para la HS. En este punto se puede observar que la histerectomía vaginal fue la vía de abordaje con menor disminución de hemoglobina mejorando así la co-morbilidad de nuestras pacientes, y en relación a nivel internacional, con una menor pérdida de la misma en nuestro medio. [7]

No existió diferencia en cuanto a los días de estancia intrahospitalaria en ninguno de los diferentes grupos de abordaje quirúrgico en comparación con la literatura (3 días promedio). [7]

En la literatura se reporta un porcentaje de reingreso que va de un 2-8% alrededor del mundo siendo en nuestro medio similar en un 8% del total de las pacientes. [7]

Se pudo observar que el grupo que mayor número de sangrado y disminución de hemoglobina fue el de la HS, sin embargo esto asociado a que la población de estas pacientes en su mayoría presentaba algún tipo de cirugía previa abdominal, por lo que se asocia a éste tipo de pacientes con mayor riesgo de presentar algún tipo de complicación en el evento quirúrgico. [4, 7,11]

Conclusiones

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que ha evolucionado con el tiempo, en cuanto a la vía de abordaje para disminuir las complicaciones, el sangrado, los días de estancia intrahospitalaria y el regreso a las actividades cotidianas de las pacientes.

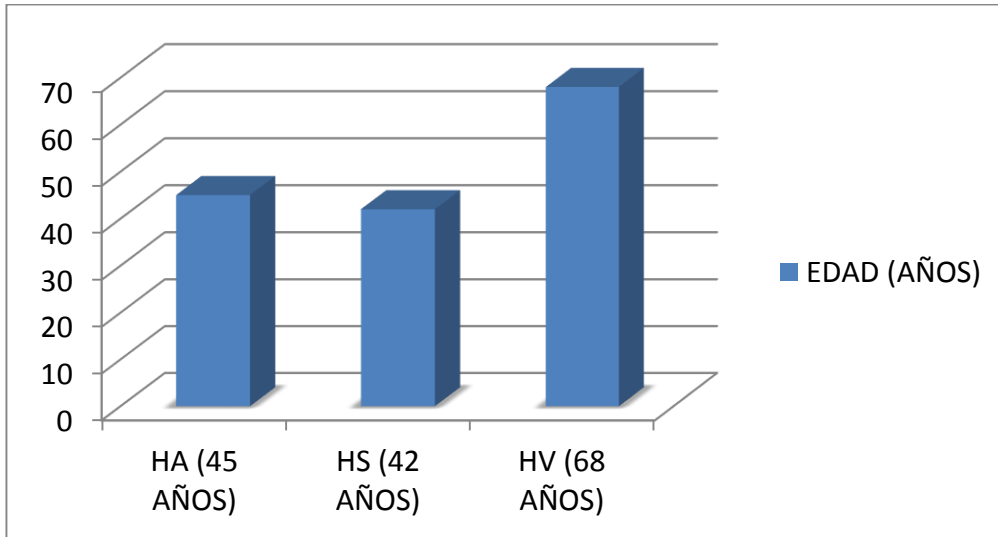
En nuestro medio solamente se realizan el abordaje abdominal y el vaginal, observándose una tasa menor tasa de sangrado y disminución de hemoglobina en la histerectomía vaginal, así como un menor tiempo quirúrgico, con un tiempo intrahospitalario similar respecto a la vía abdominal. La literatura nos orienta a que la mejor vía en la actualidad para realización de la histerectomía es la vía vaginal por ofrecer mayores ventajas y menores complicaciones, lo cual pudimos corroborar con nuestra investigación.

A pesar de las ventajas ofrecidas por la histerectomía abdominal tiene mayor tasa de complicaciones y se reportan mayores días de estancia intrahospitalaria contra otra vía de abordaje, la histerectomía abdominal sigue teniendo un papel importante en nuestro medio, puesto que sigue siendo la vía de abordaje más utilizada y representa hasta casi el 80% de los procedimientos de histerectomía.

Se sugiere que se comience en nuestro medio la curva de aprendizaje de laparoscopia puesto que en la actualidad y el primer mundo, se están reportando grandes ventajas para las pacientes, así mismo disminuyendo los costos hospitalarios y disminuyendo las tasas de complicaciones intraoperatorias y secundarias a reingresos, sin embargo en nuestra población de médicos solo el 5% de los gineco-obstetras tienen una curva de aprendizaje completada en la realización de la histerectomía total laparoscópica.

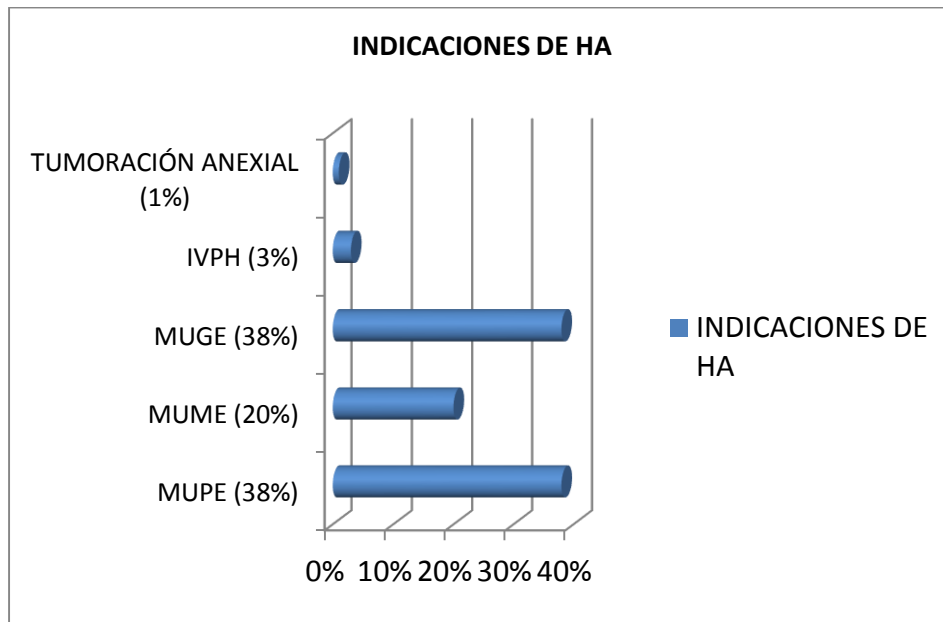
ANEXOS

TABLA 1



■ TIPO DE CIRUGIA

TABLA 2



■ PORCENTAJE DE PACIENTES

TABLA 3

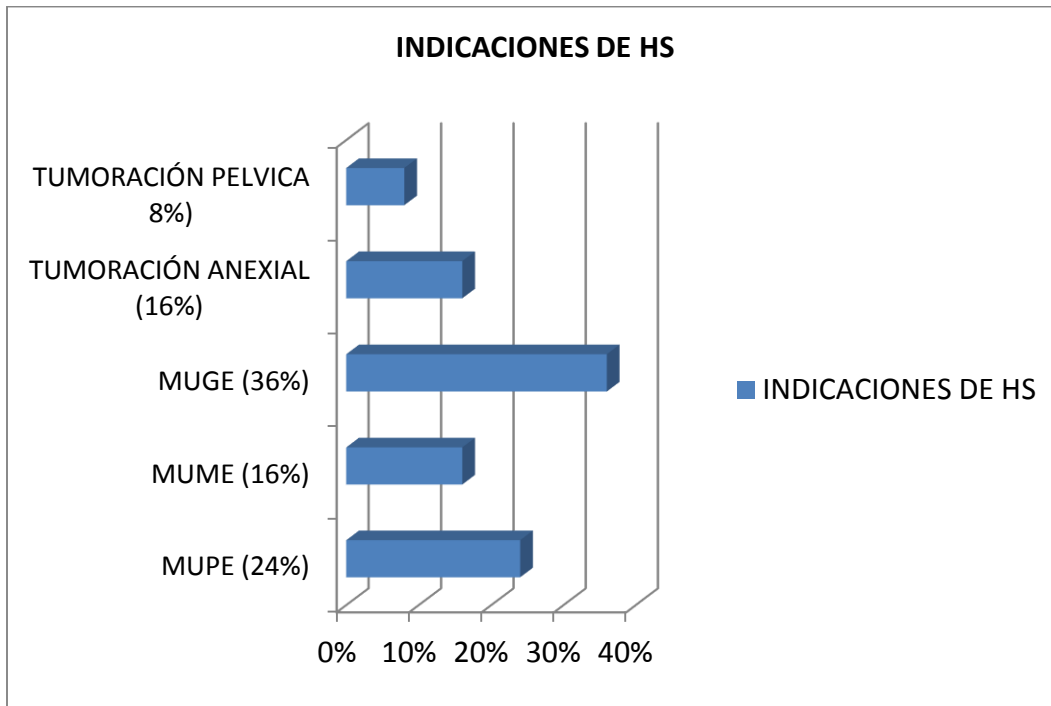


TABLA 4

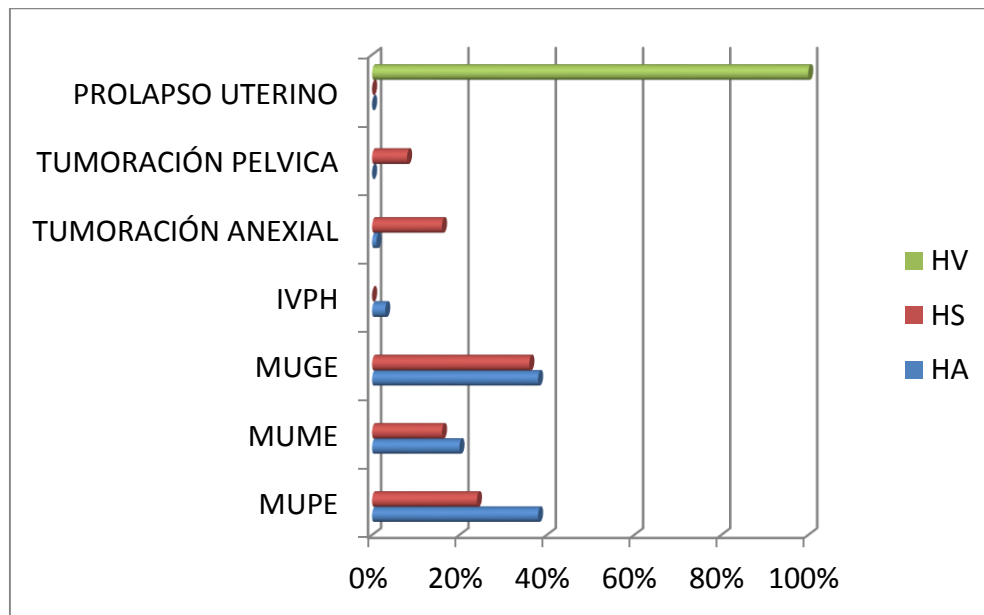


TABLA 5

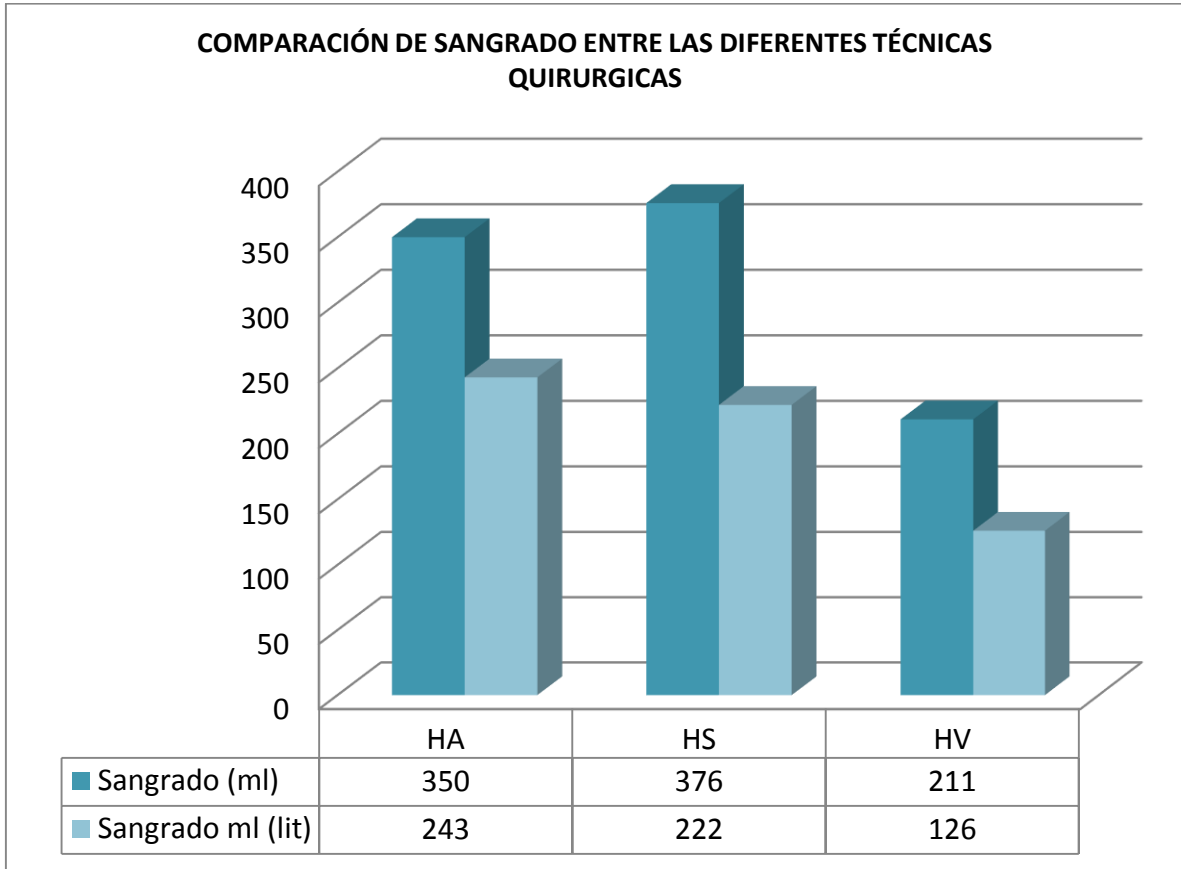


TABLA 6

SANGRADO MINIMO Y MAXIMO EN LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

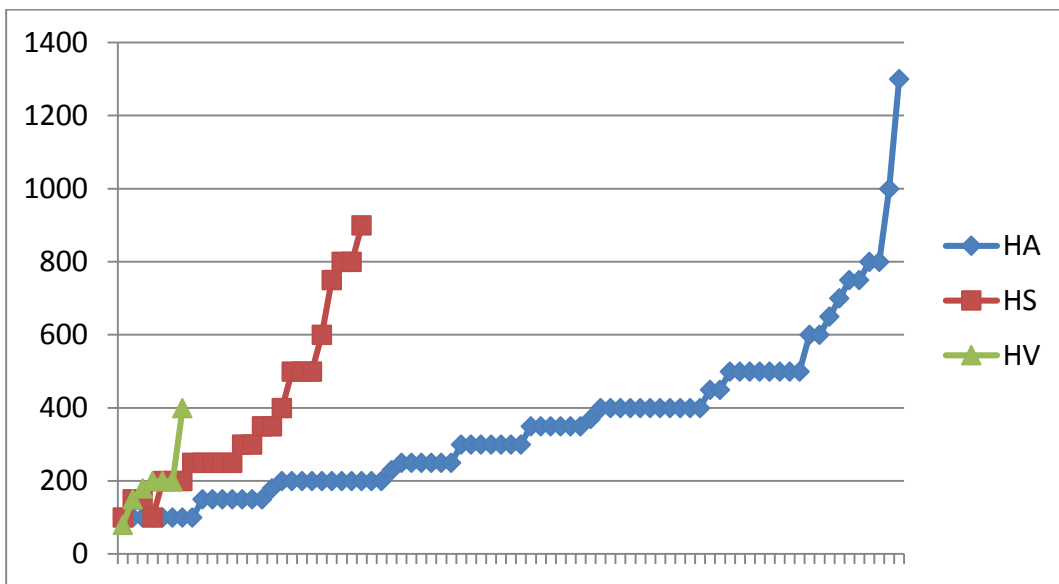


TABLA 7

COMPARACIÓN DE DISMINUCION DE HEMOGLOBINA ENTRE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRURGICAS

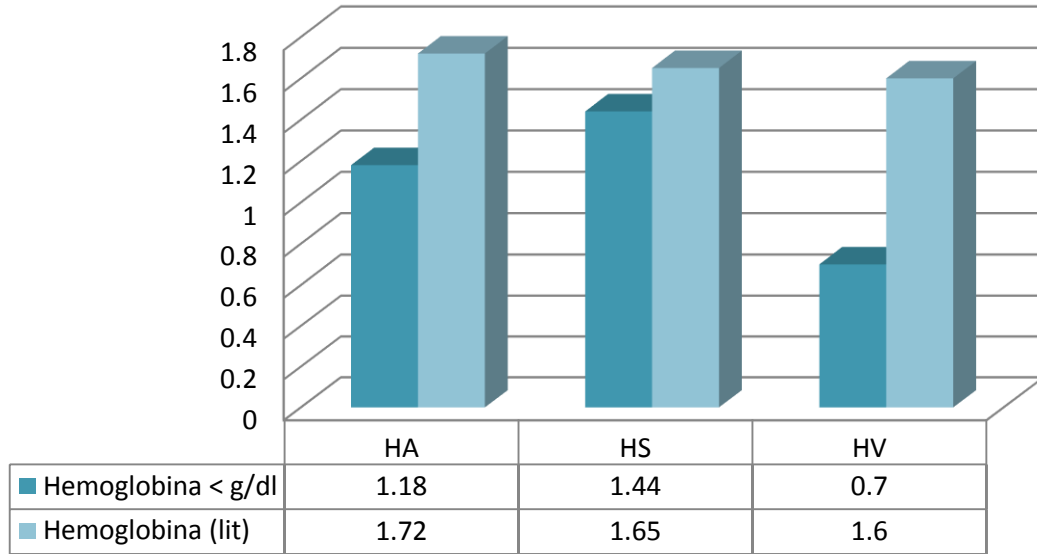


TABLA 8

COMPARACIÓN DE TIEMPO QUIRÚRGICO ENTRE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRURGICAS

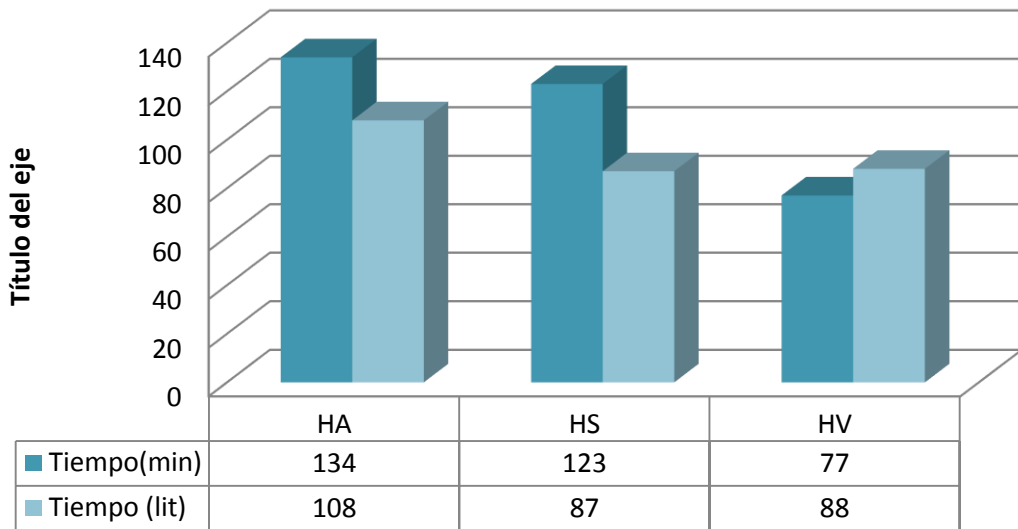


TABLA 9

TIEMPO QUIRÚRGICO MINIMO Y MAXIMO EN LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

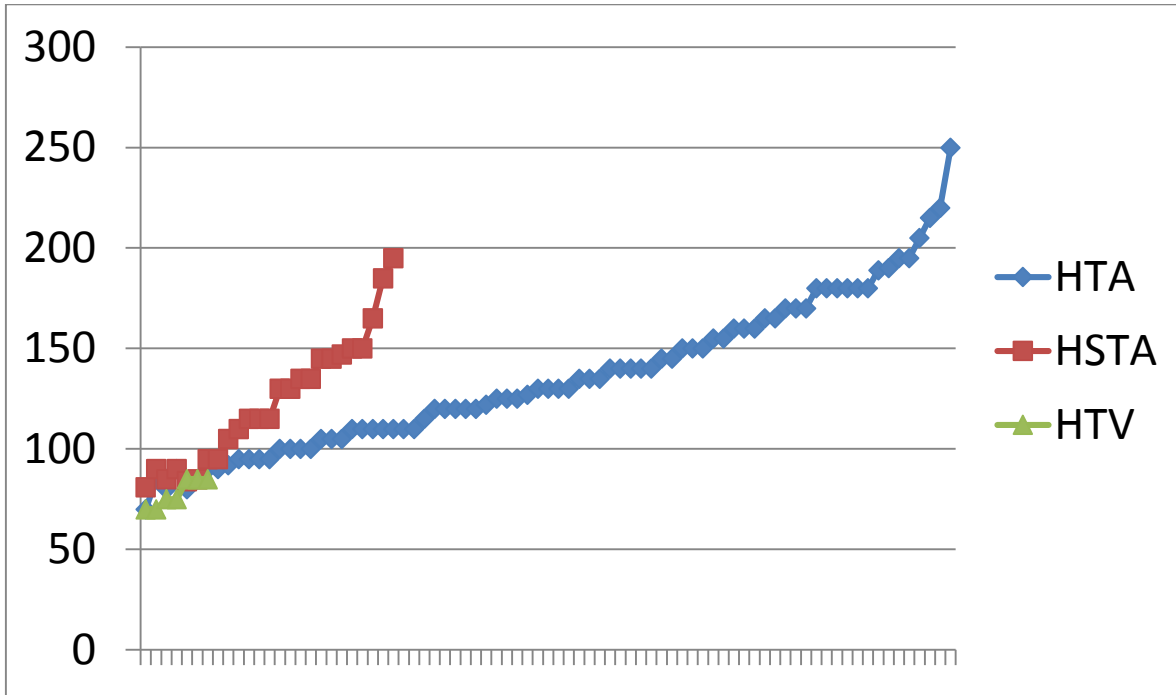


TABLA 10

COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES ENTRE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

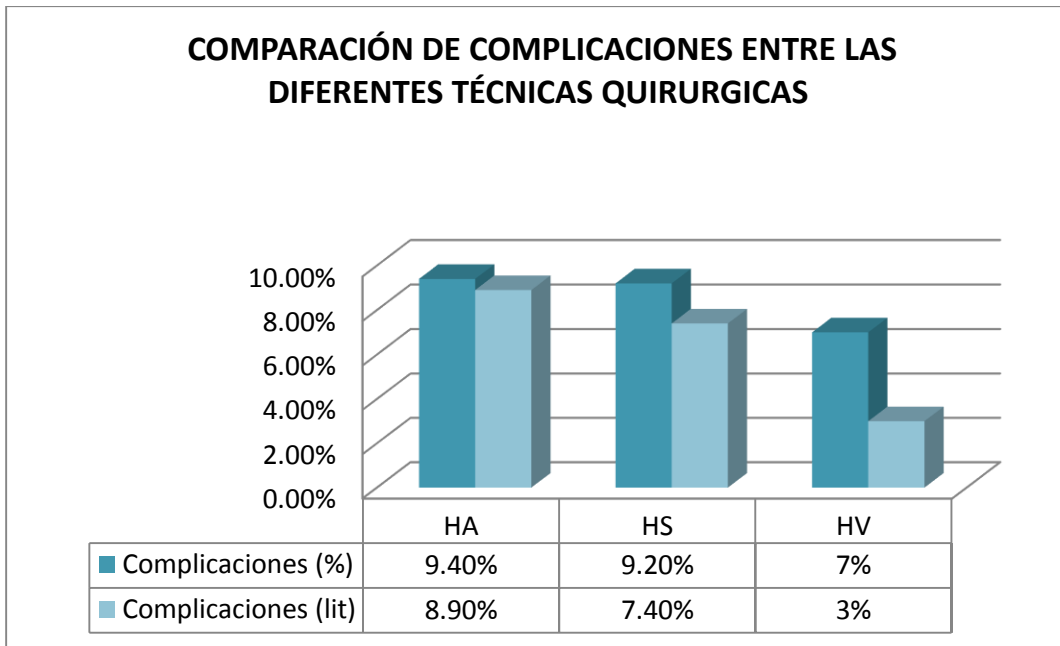
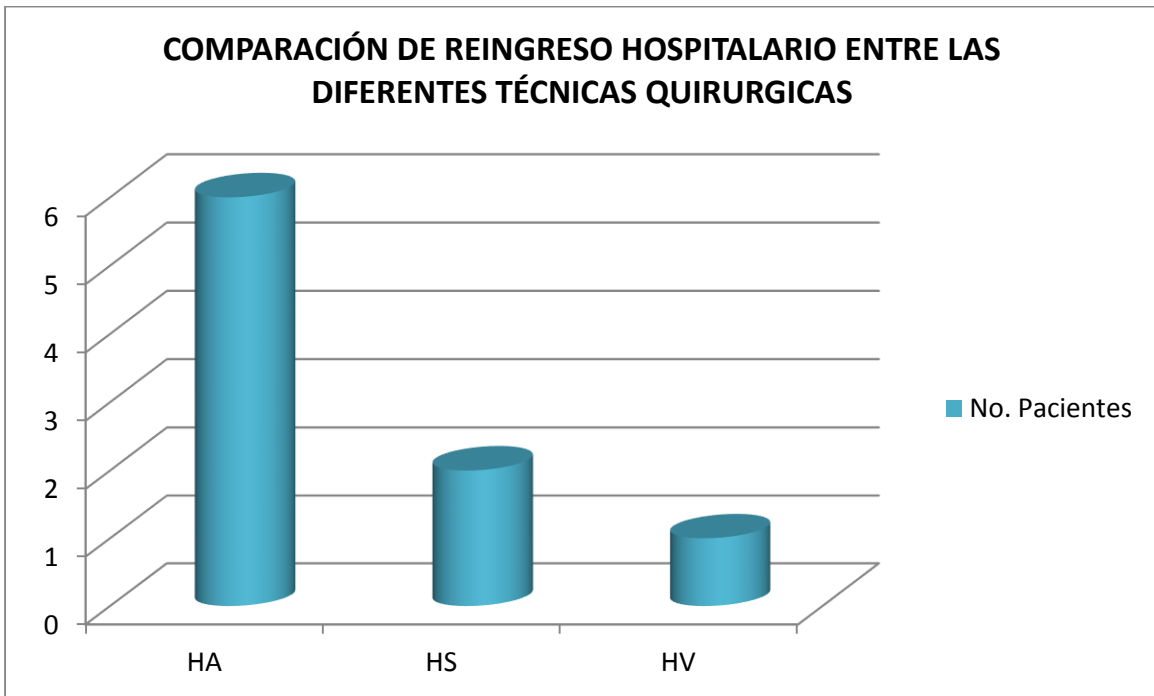


TABLA 11



Bibliografia

- 1.- Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, **“Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease”**, 2010 The Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, Ltd.
- 2.- Rossi C, Lee R, Et Cols, **Emergency Postpartum Hysterectomy for Uncontrolled Postpartum Bleeding**, VOL. 115, NO. 3, MARCH 2010 **OBSTETRICS & GYNECOLOGY**
- 3.- Persson P, Brynhildsen J, Kjølhede P, **“A 1-year follow up of psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomy- a randomised study”**, RCOG 2010 BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
- 4.- Dofanay M, Yildiz Y, **“Abdominal, vaginal and total laparoscopic hysterectomy: perioperative morbidity”**, Arch Gynecol Obstet (2011) 284:385–389
- 5.- Dua A, Galimberti A, et cols **“The effects of vault drainage on postoperative morbidity after vaginal hysterectomy for benign gynaecological disease: a randomised controlled trial”**, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology ^a 2011 RCOG
- 6.- O Donnez, P Jadoul, J Squifflet, et cols **“A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures”**, RCOG 2008 BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
- 7.- Müller A, Thiel F, Renner S, **“Hysterectomy—A Comparison of Approaches”**, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2010; 107(20): 353–9.
- 8.- Garry R, **“The place of subtotal/supracervical hysterectomy in current practice”**, RCOG 2008 BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.
- 9.- Middleton LJ, Champaneria R, Daniels JP, et cols, **“Hysterectomy, endometrial destruction, and levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) for heavy menstrual bleeding: systematic review and meta-analysis of data from individual patients”**, BMJ 2010;341:c3929 doi:10.1136/bmj.c3929
- 10.- Persson P, Brynhildsen J, Kjølhede P, **“Short-term recovery after subtotal and total abdominal hysterectomy—a randomised clinical trial”**, BJOG 2010;117:469–478
- 11.- Spilsbury K,Hammond I, et cols **“Morbidity outcomes of 78 577 hysterectomies for benign reasons over 23 years”**, BJOG 2008;115:1473–1483.
- 12.- Pakbaz M, Mogren I, et cols, **“Outcomes of vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse: a population-based, retrospective, cross-sectional study of patient perceptions of results including sexual activity, urinary symptoms, and provided care”**, *BMC Women's Health* 2009, 9:9
- 13.- Janssen PF, Imann H, et cols, **“Perioperative outcomes using LigaSure compared with conventional bipolar instruments in laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial”**, BJOG 2011;118:1568–1575.
- 14.- Lakeman M, van der Vaart C, Roovers J **“A long-term prospective study to compare the effects of vaginal and abdominal hysterectomy on micturition and defecation”** BJOG 2011;118:1511–1517
- 15.- Candiani M, Izzo S, Bulfoni A, et al. **“Laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology”**. Am J Obstet Gynecol 2009;200:368.e1-368.e7.

- 16.- Erian J, Hassan M, Pachydakis A, Chandakas S, Wissa I, Hill N. **“Efficacy of laparoscopic subtotal hysterectomy in the management of menorrhagia: 400 consecutive cases.”** BJOG 2008;115:742–748.
- 17.- Olsen M, Higham-Kessler J, Yokoe D, Et cols” **“Developing a Risk Stratification Model for Surgical Site Infection after Abdominal Hysterectomy”** Infect Control Hosp Epidemiol. 2009 November; 30(11): 1077–1083. doi:10.1086/606166.
- 18.- Lieng M, Qvigstad E, Istre O, Langebrekke A, Ballard K. **“Long-term outcomes following laparoscopic supracervical hysterectomy”**. BJOG 2008;115:1605–1610.
- 19.- Stang A, Merrill RM, Kuss O: **“Hysterectomy in Germany: a DRG-based nationwide analysis, 2005–2006”**. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(30): 508–14. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0508
- 20.- Gendy R, Walsh CA, Walsh SR, et al. **“Vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a metaanalysis of randomized controlled trials”**. Am J Obstet Gynecol 2011;204:388.e1-8.