



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SECRETARÍA DE SALUD**

**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL EN PACIENTES SIN PROLAPSO UTERINO CON PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA POR VÍA ABDOMINAL**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**LIZETH ARGUELLES DÍAZ**

**ASESORES**

**DR. MIGUEL ÁNGEL VALENCIA TORRES.**

**DR. MAURICIO PICHADO CUEVAS**

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2017.**



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.

---

**DRA. MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZUÑIGA**

DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

---

**DRA. DENISE ARIADNA ORTEGA GARCÍA**

JEFA DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

**DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS**

PROFESOR TITULAR DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR

---

**DR. MIGUEL ÁNGEL VALENCIA TORRES.**

ASESOR

## DEDICATORIA

Le doy primeramente las infinitas gracias a mis padres Aidee Díaz Rodríguez y Tomás Arguelles Hernández que siempre, sin condiciones, me han dado la posibilidad de llegar hasta donde lo he hecho, por apoyarme, guiarme y amarme sin medida, sin ustedes mis esfuerzos y deseos de superarme quedarían en intentos fallidos; A mis hermanas, Karina Arguelles Díaz, Yazmín Arguelles Díaz y Alejandra Arguelles Díaz, mis sobrinos (a) y mis cuñados por el amor, la tolerancia, comprensión y apoyo que me han brindado, mi agradecimiento no tiene fin para con ustedes.

Gracias a mi segunda familia, mis amigos, Isa Álvarez Motomochi, Laura Alvarado Vázquez, Mario Pinedo Cázares, Adriana Betancourt Gireud, Patricia Pacheco Mena, Marcelo Caballero que han estado siempre presentes, animándome a continuar y aconsejándome cuando lo he necesitado.

Un agradecimiento a mis amigos y compañeros de la residencia médica, ya que este trabajo no habría podido ser terminado sin la importante labor que cada uno de ellos realiza en la rotación de Ginecología, en especial a mis amigos Dalía Casquilla Mora, Andrés Pavón Dávila, Héctor Quintana Carbajal, Marysol Galindo Villarreal, María Luisa Fuentes, Daniela Salazar Muñoz, Blanca Álvarez, Jean Karlo Sigríst, Ivan Orduña, Daniel Álvarez, Magdalena gracias a ustedes el día a día es menos pesado y más llevadero para poder llegar al final de la meta.

Y por último muchísimas gracias a mis maestros por todas las enseñanzas que me transmitieron a lo largo de estos 4 años, por dedicarnos su tiempo para poder aprender el arte de la Ginecología y Obstetricia Dr. Esteban García Rodríguez, Dr. Eduardo Amezcua Neri, Dr. Antonio Naranjo, Dr. Joaquín Oliva, Dr. Miguel Ángel Valencia Torres, Dr. Celso Ramírez Palacios, Dr. Diego Montes, Dr. Sergio Martínez Arroyo, Dra. María Teresa Diego, Dr. Manuel Casillas Barrera, Dra. Madaí Farías, Dr. Luis Rodríguez, Dra. Martha Morales, Dra. Yolanda Ríos, Dra. Jessica Gómez, Dr. Arturo Zarate, Dr. Oscar Ibañez, Dr. Mario Sánchez.

Gracias a Dios por estar a mi lado, guiándome a cada paso.

## ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
HIPÓTESIS	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	26

## RESUMEN

**Introducción.** Se define a la histerectomía vaginal sin prolapso (HVSP), a la técnica quirúrgica que permite la extracción del útero a través de la vagina, sin necesidad de realizar incisiones en la pared abdominal y en ausencia de prolapso uterino<sup>4</sup>. Tradicionalmente la histerectomía por vía vaginal ha quedado limitada como opción para aquellas pacientes que tengan un útero poco voluminoso, con descenso y sin antecedentes de cirugías pélvico abdominales, sin embargo, se ha demostrado que es factible realizar histerectomía vaginal sin descenso de órganos pélvicos como alternativa al abordaje abdominal, incluso en pacientes con úteros voluminosos o con cirugías previas apoyándose en técnicas como las morcelación o la termofusión, logrando los postulados de cirugía de mínima invasión con los beneficios que noblemente ofrece este procedimiento: menor sangrado transoperatorio, menor dolor posoperatorio, sin cicatrices, corta estancia hospitalaria postoperatoria y recuperación postquirúrgica temprana. **Objetivo.** Determinar las ventajas y beneficios que ofrece la histerectomía por vía vaginal aún sin descenso uterino, en pacientes portadoras de patología uterina benigna. **Material y métodos.** Investigación retrospectiva, transversal y comparativa realizada en el Hospital de la Mujer. La población estudiada incluye pacientes programadas para histerectomía por vía vaginal sin descenso uterino con patología uterina benigna, en las cuales se realizó la comparación de resultados con pacientes sometidas a histerectomía por vía abdominal, el periodo de estudio comprendió marzo 2016 – marzo 2017. Los datos se obtuvieron de la revisión de expedientes clínicos, cuya fuente fue el archivo clínico del Hospital de la Mujer. **Resultados.** Se estudiaron 40 pacientes postoperadas de histerectomía vaginal sin descenso uterino, encontrando que 40% de las pacientes tuvieron tiempo quirúrgico de 31-60 min y en cuanto al sangrado el mayor número de pacientes se concentró en el rango de 101 - 200ml. **Conclusión.** La histerectomía por vía vaginal en pacientes sin prolapso uterino es una técnica que implica menor trauma y dolor a las pacientes, menor tiempo quirúrgico y disminución de las pérdidas hemáticas, además de menos días de estancia intrahospitalaria. **Palabras clave:** histerectomía vaginal, prolapso uterino, complicaciones, postquirúrgico, morcelación.

## ABSTRACT

**Introduction.** Vaginal hysterectomy without prolapse (VHWP) is defined as the surgical technique that allows removal of the uterus through the vagina without the need for incisions in the abdominal wall and in the absence of uterine prolapse (4).

Traditionally, vaginal hysterectomy has been limited as an option for those patients with a low volume uterus, with a decrease and no history of abdominal pelvic surgery, however, it has been shown that it is feasible to perform vaginal hysterectomy without pelvic organ descent as an alternative to the abdominal approach, even in patients with bulky uterus or with previous surgeries using techniques such as morcelation or thermofusion, achieving the postulates of Minimal Invasion Surgery with the benefits that nobly offers this procedure as: Less transoperative bleeding, less postoperative pain, without Scarring, short postoperative hospital stay and early postoperative recovery. **Objective.** To determine the advantages and benefits of vaginal hysterectomy, even without uterine descent, in patients with benign uterine pathology. **Material and methods.** Retrospective, cross-sectional and comparative research carried out at the Women's Hospital. The study population included patients scheduled for vaginal hysterectomy without uterine descent with benign uterine pathology, in which the results were compared with patients undergoing abdominal hysterectomy, the study period will comprise March 2016 - March 2017. The data were obtained from the review of clinical records, whose source was the clinical file of the Women's Hospital. **Results.** We studied 40 postoperative vaginal hysterectomy patients without uterine descent, finding that 40% of the patients had surgical time of 31-60 min and in terms of bleeding the largest number of patients was concentrated in the range of 101 - 200ml. **Conclusion.** Vaginal hysterectomy in patients without uterine prolapse is a technique that implies less trauma and pain to the patients, shorter surgical time and reduction of blood loss, as well as fewer days of in-hospital stay.

**Key words:** vaginal hysterectomy, uterine prolapse, complications, postoperative, morcelation.

## INTRODUCCIÓN

Se define a la histerectomía vaginal sin prolapso (HVSP), a la técnica quirúrgica que permite la extracción del útero a través de la vagina, sin necesidad de realizar incisiones en la pared abdominal y en ausencia de prolapso uterino<sup>4</sup>.

Inicialmente la histerectomía se realizó por vía vaginal, exclusivamente en casos de prolapso, técnica que precedió por siglos a la histerectomía abdominal. Fue descrita por primera vez en el antiguo Egipto por Soranus de Ephesus. Históricamente, el acceso a la pelvis por vía vaginal ha sido patrimonio exclusivo de los ginecólogos y se espera que el cirujano ginecológico la domine a la perfección<sup>4</sup>.

Tradicionalmente la histerectomía por vía vaginal ha quedado limitada como opción para aquellas pacientes que tengan un útero poco voluminoso, con descenso y sin antecedentes de cirugías pélvico abdominales, sin embargo, en distintos países se ha demostrado que es factible realizar histerectomía vaginal sin descenso de órganos pélvicos como alternativa al abordaje abdominal, incluso en pacientes con úteros voluminosos o con cirugías previas apoyándose en técnicas como las morcelación o la termofusión, logrando los postulados de Cirugía de Mínima Invasión con los beneficios que noblemente ofrece este procedimiento:

- ◆ Menor sangrado transoperatorio.
- ◆ Menor dolor posoperatorio.
- ◆ Sin cicatrices.
- ◆ Corta estancia hospitalaria postoperatoria.
- ◆ Recuperación postquirúrgica temprana.
- ◆ Reincorporación más rápida a su vida cotidiana o laboral.

Así como menor número de complicaciones tempranas o tardías en el periodo postoperatorio<sup>1</sup>; Además de las ventajas económicas que representa para las instituciones de salud.

Desde hace décadas el abordaje de elección para este procedimiento quirúrgico ha sido la vía abdominal, lo que implica: grandes incisiones y disecciones, riesgo de hemorragia operatoria excesiva, empleo de múltiples suturas, tiempo anestésico y quirúrgico prolongado, dolor postoperatorio significativo, y en ocasiones, larga estancia hospitalaria<sup>6</sup>. Si bien, el uso de la HVSP aún no se generaliza, hay estudios que informan que esta técnica tiene ventajas sobre la técnica laparoscópica y la vía abdominal, en cuanto a menor tiempo operatorio, menores tasas de complicaciones, menores costos dados por un menor tiempo de incapacidad y de hospitalización.



También se ha descrito una curva de aprendizaje más corta que la laparoscópica y sin los riesgos inherentes a la introducción de los trocares y el neumoperitoneo<sup>4</sup>.

## I. MARCO TEÓRICO

### **Epidemiología.**

La histerectomía es la cirugía más frecuentemente realizada en la mujer después de la cesárea a nivel mundial; en EUA se realizan más de 600.000 histerectomías cada año, contabilizándose entre el año 2000 y 2004 3,1 millones de histerectomías, con un costo aproximado de 5 mil millones de dólares. En Brasil, del año 2000 al 2002, se realizaron 300 000 operaciones de este tipo, y así se encuentran en la literatura países como Finlandia y Australia, donde el número de histerectomías es elevado y la vía abdominal es la más frecuente <sup>3,5</sup>. La mayoría de las veces este procedimiento puede efectuarse por vía vaginal. La histerectomía vaginal, es la vía ideal de abordaje quirúrgico para la patología benigna del útero, por menores complicaciones, rápida recuperación, costo-efectividad y reintegro de las pacientes a sus actividades cotidianas <sup>3</sup>.

Las estadísticas publicadas en los Estados Unidos en el 2002, que analizan las histerectomías practicadas entre 1990 y 1997, reflejan lo siguiente: la frecuencia de histerectomía descendió (7,1 % en 1980 a 5,6 % en 1997), pero a su vez fue superior que en otros países de Europa y en Australia. El porcentaje de histerectomías abdominales descendió (del 73 al 63 %), el de histerectomías vaginales puras se mantuvo estable (del 24 al 23 %) y hubo un aumento en el de las laparoscópicas (del 0,3 al 9,9 %) <sup>5</sup>.

Usualmente la relación histerectomía vaginal versus histerectomía abdominal es de 1:3 o 1:4 según el país, el sitio en el que se realiza y la experiencia de los cirujanos en procedimientos vaginales. Recientes reportes demuestran que la histerectomía abdominal se realiza en 67,9 % de los casos, seguida por la vía vaginal 21,7% y por último la laparoscópica con el 10,4% de los casos <sup>3</sup>. Varias publicaciones coinciden con los resultados obtenidos en cuanto a estadía, costos y tiempo quirúrgico, señalan que con la técnica vaginal se reporta un ahorro considerable de recursos <sup>2</sup>.

### **Generalidades**

La histerectomía vaginal es segura, amigable para la paciente y económicamente conveniente. Está indicada en la mayoría de las pacientes con enfermedad benigna, principalmente en pacientes que tienen cicatrices abdominales por herniorrafias, obesidad mórbida y patologías cardiopulmonares, entre otras. Diversos estudios, han demostrado las ventajas de la histerectomía vaginal, sobre la histerectomía abdominal, dentro de las que se destacan ser más segura, económica, de menor morbilidad y mejor tolerancia por parte de las pacientes con alto riesgo quirúrgico o de mayor edad.

Es así como en 2008 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos concluyó en un reporte bibliográfico del tema, que la histerectomía vaginal está asociada con mejores resultados y menores complicaciones que la histerectomía abdominal o laparoscópica. También, la revisión de la base Cochrane de 2010 analiza los resultados de 34 estudios aleatorios controlados de histerectomía vaginal, laparoscópica y abdominal, concluyendo que los mejores resultados desde el punto de vista clínico son los obtenidos por la cirugía vaginal <sup>2</sup>. Figueredo considera la vía vaginal como ambulatoria, ya que al 90% de las pacientes, se les puede dar de alta en las primeras 24 horas, además la histerectomía vaginal ofrece ventajas adicionales para algunas pacientes con patologías mixtas, ya que facilita la corrección de defectos apicales, del compartimiento anterior y posterior, incontinencia urinaria de esfuerzo y desgarros perineales, todo en un solo acto operatorio por la misma vía <sup>4</sup>. Cuando no es posible realizar la histerectomía vaginal, la histerectomía laparoscópica tiene ventajas comparativas respecto a la histerectomía abdominal. Esta técnica, sólo tiene entre un 3 y 4% de fracaso por vía vaginal y su éxito depende tanto de la experiencia del cirujano así como de la necesidad de contar con el material quirúrgico adecuado <sup>3</sup>.

Se discute si la elección de la vía de abordaje en la histerectomía obedece a razones técnicas o se debe a preferencias del equipo médico. Tradicionalmente la más utilizada ha sido la vía abdominal, que confiere un campo quirúrgico más amplio que la vaginal, la cual quedó relegada en la mayoría de los casos al prolapso como indicación de elección. Sin embargo, en la última década se habla de un resurgimiento de la vía vaginal para pacientes con enfermedades sin prolapso uterino y se utilizan como factores que pueden dictar la vía de abordaje la paridad, el antecedente de cirugía pélvica por vía abdominal y el tamaño del útero <sup>5</sup>.

#### **Indicaciones y Contraindicaciones.**

La principal indicación de una histerectomía por causa ginecológica son los leiomiomas uterinos, como cabe esperar difieren según la edad de la paciente; por ejemplo en tanto la relajación pélvica es la causa del 16% de las histerectomías, este diagnóstico es la base de 33% de ellas en mujeres mayores de 55 años de edad. A continuación se puntualizan el resto de las indicaciones de la misma:

- Trastorno agudo:  
Catástrofe del embarazo, infección grave, complicación operatoria.
- Enfermedad benigna:

- Leiomiomas, endometriosis, adenomiosis, infección crónica, tumoración anexial, otros.
- Cáncer o enfermedad premaligna:
  - Cáncer invasivo, enfermedad preinvasiva, cáncer adyacente o metastásico.
- Malestar:
  - Dolor pélvico crónico, relajación pélvica, incontinencia urinaria de esfuerzo, hemorragia uterina anormal.
- Circunstancias extenuantes:
  - Esterilización, profilaxis del cáncer.

Dentro de las principales indicaciones sugeridas para la realización de una histerectomía vaginal cuentan las cicatrices de herniorrafias, la obesidad mórbida, la cicatrización queloide y la sospecha de alto riesgo de complicaciones en la cirugía por vía abdominal <sup>3</sup>.

Existen condiciones que afectan la decisión del cirujano en el momento de decidir la vía de abordaje, entre ellas se mencionan como principales: el entrenamiento del cirujano y experiencia, otras enfermedades extrauterinas (patología anexial, endometriosis severa, síndrome adherencial), tamaño y forma del útero, necesidad de otros procedimientos asociados, y preferencia de la paciente.

Algunos autores sugieren las siguientes características como posibles contraindicaciones para la histerectomía vaginal: antecedentes de operaciones ginecológicas, el tamaño del útero (mayor a un embarazo de 12 semanas o mayor de 300 cc, dándole más importancia al volumen que el tamaño), paridad, cesárea previa, nulíparas vaginales, vagina estrecha (ángulo subpúbico menor de 90 grados), útero fijo <sup>3</sup>; sin embargo, no constituyen contraindicaciones absolutas para la vía vaginal. Lo que refuerza que, con una buena evaluación preoperatoria, una disección meticulosa de los tejidos y una utilización adecuada de las técnicas de reducción de volumen se facilita la intervención en pacientes con estos antecedentes<sup>5</sup>. La necesidad de realizar anexectomía no debe ser una contraindicación de la histerectomía vaginal.

Esta técnica, sólo tiene entre un 3 y 4% de fracaso por vía vaginal y su éxito depende tanto de la experiencia del cirujano así como de la necesidad de contar con el material quirúrgico adecuado. Como ayuda para minimizar las posibles complicaciones de la vía urinaria baja, la tendencia es a generalizar de rutina la cistoscopia, luego de cirugía ginecológica mayor. Con la adecuada elección

de las pacientes, el adecuado entrenamiento, la correcta valoración clínica y prequirúrgica, la vía vaginal, se recomienda en el 80% de las hysterectomías <sup>2</sup>.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el Hospital General José María Morelos y Pavón del ISSSTE con la indicación de hysterectomía, durante el periodo de octubre de 2005 a diciembre de 2012 <sup>6</sup>, en donde se tomaron en cuenta 973 pacientes que fueron sometidas al procedimiento de hysterectomía. En su mayoría las pacientes tuvieron diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina de pequeños y medianos elementos sin descenso uterino, pero también se tomaron en cuenta pacientes con miomatosis uterina de grandes elementos con un tamaño estimado clínicamente equivalente o mayor a 12 - 15 semanas de gestación, con una longitud uterina determinada por ecosonografía mayor a 13 cm y/o un peso calculado en 280 gramos o mayor; en los casos de miomatosis de grandes elementos con las características ya mencionadas se recurrió a técnicas para reducir el volumen uterino como son la morcelación del útero, miomectomía e inclusive termofusión para el sellado de vasos uterinos, útero-ováricos y tubáricos, al igual que todos los pedículos ligamentarios, para realizar la hysterectomía vaginal sin descenso y así mejorar la visión; se concluyó de este estudio que la hysterectomía vaginal es altamente reproducible, segura y efectiva en úteros de gran volumen y sin descenso.

### **Complicaciones**

Las complicaciones intraoperatorias primarias son daños viscerales y vasculares. Las tasas reportadas de hemorragia varían entre el 1,4 y el 2,6% y las de daño ureteral y vesical entre el 0,88 y el 1,76% respectivamente. La complicación postquirúrgica más importante, es la infección pélvica. La enfermedad febril post quirúrgica ocurre en aproximadamente el 15% de las pacientes y puede ser disminuida con el uso de antibióticos profilácticos. Las infecciones post operatorias de una hysterectomía vaginal incluyen la celulitis de cúpula, celulitis pélvica, el absceso pélvico; estas infecciones ocurren en aproximadamente el 4% de las pacientes <sup>3</sup>.

En la segunda mitad del siglo pasado, se consideraba que la hysterectomía vaginal sólo se podía realizar si existía prolapso uterino, pero hoy se sabe que el 90-94% de los casos pueden hacerse en ausencia del prolapso uterino; inclusive se ha descrito la utilización de esta técnica en úteros grandes, en mujeres con antecedente de cesárea y de cirugía abdomino-pélvica, en pacientes sin partos vaginales e incluso si se requiere ooforectomía <sup>4</sup>.

## **II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Puede ser la histerectomía vaginal sin prolapso una vía de abordaje quirúrgico que le brinde mayores beneficios a la paciente y a las instituciones por encima de la histerectomía abdominal?

## **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como se ha expuesto antes, la histerectomía vaginal es una cirugía bastante segura para la paciente, poco invasiva, que les brinda a las enfermas múltiples beneficios durante el transoperatorio y posoperatorio y que además es económicamente conveniente, pero desafortunadamente, no se ha sabido aprovechar al máximo como abordaje quirúrgico en pacientes sin prolapso uterino. En la actualidad, a nivel nacional, se cuenta con una pobre experiencia en dicho abordaje debido en parte a que con anterioridad dentro de la formación tradicional de los ginecólogos se tenían que cumplir indicaciones estrictas para realizarla, por mencionar algunas, no contar con cirugías previas o tener algún grado de prolapso genital, aunado además a la falta de dominio de la técnica quirúrgica vaginal y el desinterés por parte de los cirujanos ginecólogos en esta última; por tal motivo, llegamos a la conclusión de que en el Hospital de la Mujer se requiere realizar un estudio que evalúe los resultados en pacientes histerectomizadas por vía vaginal por patología benigna y sin prolapso uterino, para determinar riesgos y beneficios que les brinda este abordaje.

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

Debido a que una gran cantidad de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de la Mujer padecen alguna patología uterina benigna como adenomiosis, miomatosis uterina, hemorragia uterina disfuncional, entre otras que les condicionan sangrados anormales o dismenorrea incapacitantes y más síntomas que son resistentes al tratamiento conservador con AINES u hormonales, la mayoría de ellas son candidatas a un manejo quirúrgico definitivo con histerectomía y debido a que el procedimiento quirúrgico en cuestión es el más practicado en este servicio, se busca definir que tipo de abordaje, abdominal o vaginal, brinda mayores beneficios a las pacientes y para la institución.

#### **V. HIPÓTESIS**

La histerectomía por vía vaginal en pacientes sin prolapso uterino ofrece mayores beneficios que la realizada por vía abdominal.

## **VI. OBJETIVOS**

### **A. Objetivo General.**

Determinar las ventajas y beneficios que ofrece la histerectomía por vía vaginal aún sin descenso uterino, en pacientes portadoras de patología uterina benigna.

### **B. Objetivos Específicos.**

- Determinar las complicaciones y frecuencia de estas.
- Valorar mediante la escala subjetiva de EVA, el dolor postoperatorio inmediato y mediato en las pacientes postoperadas de histerectomía.
- Cuantificar el tiempo quirúrgico.
- Determinar necesidad de hemotransfusión posterior al procedimiento quirúrgico.



## VII. MATERIAL Y MÉTODOS

### **Tipo de estudio:**

Estudio retrospectivo, transversal y comparativo

### **Universo de estudio:**

Se realizará la revisión de expedientes clínicos de pacientes operadas de histerectomía por vía vaginal sin descenso uterino con patología benigna (grupo 1) y pacientes sometidas a histerectomía por vía abdominal (grupo 2) del Hospital de la Mujer.

### **Periodo y lugar que se lleva a cabo la investigación:**

El periodo de estudio es de marzo 2016 – marzo 2017, en el Hospital de la Mujer, de la Ciudad de México.

Los datos se obtuvieron de la revisión de expedientes clínicos, cuya fuente fue el archivo clínico del Hospital de la Mujer en hoja de recolección de datos Excel, adecuadamente requisitada.

### **Criterios de inclusión:**

- Indicación de histerectomía por patología uterina benigna.
- Protocolo preoperatorio completo.
- Útero de tamaño igual o menor a un embarazo de 12 semanas o igual o menor de 300 gramos.
- No tener prolapso genital (Clasificación POP-Q).
- Haber tenido al menos un embarazo previo (Parto/Cesárea).

### **Criterios de no inclusión:**

- Diagnóstico de histerocele o algún grado de prolapso genital.
- Alto riesgo de síndrome adherencial.
- Antecedente de peritonitis y/o absceso pélvico.
- Antecedente de 2 o más cirugías abdominopélvicas o de pared abdominal.
- Infección activa del tracto genital.
- Sospecha o diagnóstico confirmado de endometriosis.
- Lesiones vaginales obstructivas.
- Tumores ováricos iguales o mayores a 4 cm.

Cesárea iterativa.

Diagnóstico preoperatorio de patología pélvica maligna, metastásica o tumores anexiales mayores de 4 cm.

**Criterios de eliminación:**

No contar con reporte de histopatología.

Atención fuera del período de estudio establecido.

Conversión de histerectomía vaginal en abdominal por dificultad técnica.

Tratamiento alternativo del padecimiento (pesario).

**Definición de variables.**

IMC: talla al cuadrado entre el peso (kg/m<sup>2</sup>).

Antecedentes obstétricos: gestas, partos, abortos, ectópicos, cesáreas que hayan tenido las pacientes tomadas en cuenta para el presente protocolo.

Diagnóstico preoperatorio: patología uterina benigna.

Sangrado: perdidas hemáticas promedio durante el transoperatorio en mililitros.

Tiempo quirúrgico: se evaluará el tiempo quirúrgico promedio en minutos (tomando en cuenta desde el inicio al término de la cirugía).

Peso uterino: se medirá el peso uterino en gramos.

Dolor posoperatorio: se valorará el dolor postoperatorio según la escala de dolor de EVA.

Días de estancia intrahospitalaria: determinar los días de internamiento posterior al procedimiento quirúrgico.

Complicaciones transquirúrgicas y posquirúrgicas: registrar las complicaciones que genera el procedimiento quirúrgico.

**Método de recolección de datos:**

La recolección de datos se llevó a cabo a partir de la revisión de expedientes de cada paciente que cubría con los criterios de inclusión.

Los datos obtenidos se registraron virtualmente por medio de Microsoft Excel para luego ser ingresado en SPSS 21.

## VIII. RESULTADOS

Después de realizar este estudio, con la revisión de expedientes de pacientes del Hospital de la Mujer, durante el periodo de 01 marzo de 2016 al 01 de marzo de 2017, que ingresaron al piso de Ginecología programadas para histerectomía total abdominal y vaginal, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se realizó un total 1,000 histerectomías por patología benigna en el servicio de ginecología del Hospital de la Mujer, las vías de abordaje que se eligieron fueron las siguientes: abdominal en primer lugar representando el 85.9%, vaginal 13.8% y laparoscópica 0.2%, dividiendo así mismo el abordaje vaginal en 2 grupos, el primero conformado por las pacientes con algún grado de prolapso genital representando el 9.8% del total de cirugías y el segundo grupo en el cual se incluye las pacientes postoperadas de histerectomía vaginal sin prolapso genital correspondiendo al 4% del total de cirugías realizadas.

Los diagnósticos preoperatorios principales fueron:

1. Miomatosis. Se encontraron 758 cirugías con diagnóstico único de miomatosis, más 93 cirugías también con diagnóstico de miomatosis aunado a otra patología agregada (mixtas) como tumor de ovario, prolapso genital, absceso pélvico, hiperplasia endometrial, endometriosis; Dando un porcentaje de 85.1% (n=851) pacientes histerectomizadas por miomatosis.
2. Prolapso genital con 9.3% (n=93)
3. NIC. con 2 % (n=20)
4. Hiperplasia endometrial. Correspondiendo a 1.9% (n=19)
5. Sangrado uterino anormal. 1.3% (n=13)
6. Sangrado postmenopáusico. Con 0.4% (n=4)

Del 100% (n=1000) las pacientes a quienes se les realizó histerectomía durante el periodo establecido, se redujo a la cantidad de 161 (n=100) pacientes, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión comentados anteriormente, quedando como muestra final, en la que se llevaría a cabo el análisis comparativo.

A este grupo de 161 (n=100) pacientes, lo conforman 121 (75.1%) pacientes postoperadas de histerectomía abdominal y 40 (24.8%) pacientes por vía vaginal sin descenso uterino.

La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 23 y 73 años, con un promedio de 44.5 años, con una moda de 42 años y una mediana de 44 años.

Los parámetros seleccionados para realizar el análisis descriptivo son los siguientes: 1) Tiempo quirúrgico, 2) Días de estancia intrahospitalaria, 3) Dolor postoperatorio inmediato y mediano, 4) Hemotransfusión, 5) Sangrado quirúrgico, 6) Tipo de complicaciones y 7) Tiempo de su presentación de las mismas.

Tiempo quirúrgico. Al hacer la relación entre la histerectomía abdominal y la vaginal sin descenso encontramos una proporción para la primera del 54 % en el rango de 90 -120 min correspondiendo a 87 cirugías, 18% en el rango de 61 – 90 min y 3.1% en el rango de 31 -60min. Así mismo, para la histerectomía vaginal sin descenso contamos con una proporción de 40% en el rango de 31-60 min correspondiendo a 16 cirugías, otro 40% en el rango de 61 – 90 min y por último de 90 ≥120 min un 20%. (Figura No.1)

Tiempo de estancia intrahospitalaria. En las siguientes gráficas se muestra la comparación de los días de internamiento de las pacientes intervenidas por ambos procedimientos. En la Figura 2.1 se ilustra como el porcentaje mayor de pacientes histerectomizadas por vía abdominal se ubicó en los 4 días de estancia intrahospitalaria, representando el 45.9% (n=74) de las pacientes, quedando posterior a este valor las situadas en el 20.4% (n=33) de pacientes y en tercer lugar 5.5% (n=9); en la figura 2.2 se observa como a las pacientes intervenidas por vía vaginal se concentran mayormente en el rubro de los 3 días de estancia intrahospitalaria que corresponde a un 65% (n=26) de las pacientes, posteriormente el 17.5% (n=7) con 4 días y 2 días que corresponden al 10% (n=4). (Figura No. 2.1-2.2)

Dolor. En cuanto a la evaluación de esta variable, encontramos que en las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal el mayor número de ellas se ubicó en el 2/10 de la escala de dolor EVA conformado por 90 pacientes de un total de 121, que corresponde al 74.3%, en comparativa con las pacientes intervenidas por vía vaginal la cuales se concentraron en el 0/10 (No hay dolor) correspondiendo 30 pacientes de un total de 40. (Tabla No. 1)

Transfusión posterior al evento quirúrgico. De las pacientes evaluadas, 4 de las post operadas de histerectomía abdominal recibieron hemotransfusión de 1 paquete eritrocitario y 4 más de ellas

fueron hemotransfundidas cada una con 2 paquetes eritocitarios. En la evaluación de las pacientes postoperadas de histerectomía vaginal sin descenso uterino solamente una paciente recibió hemotransfusión de 1 paquete globular. (Tabla No. 2)

Sangrado postquirúrgico. Al analizar esta variable encontramos que en la histerectomía abdominal, la mayoría de las pacientes estudiadas se encontró entre los 101 - 200 ml de pérdidas hemáticas, para ser puntuales este grupo se conformó por 43 pacientes de un total de 121 correspondiendo al 35.5% y en cuanto a la histerectomía vaginal sin descenso el grupo que concentró mayor número de pacientes también fue el de 101 – 200 ml conformado por 15 pacientes, equivalente al 12.3%. Es importante comentar que en el rubro de mayor a 500 ml de sangrado encontramos 16 pacientes postoperadas de HTA en comparación con 0 pacientes postoperadas de HVSP en este mismo grupo. (Tabla No. 3)

Tipo de complicaciones y tiempo de presentación. Entre las complicaciones que se encontraron al realizar el presente estudio están las siguientes, absceso pélvico (1 paciente), absceso de cúpula vaginal (4 pacientes), íleo paralítico (3 pacientes), absceso de pared y dehiscencia de la herida quirúrgica (1 paciente). El porcentaje de complicación en la histerectomía abdominal fue de 3.3% y en la histerectomía vaginal sin descenso fue de 12.5% (Tabla No. 4)

Respecto al tiempo de presentación de las complicaciones se expone en la figura 3, como el íleo paralítico se posiciona en la complicación más frecuente en las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal con 3 casos y ocurre dentro del período de 1 a 7 días de postoperadas; Por otro lado también vemos en esta misma gráfica que el absceso de cúpula fue la complicación más frecuentemente encontrada en las pacientes postoperadas de histerectomía vaginal sin descenso posicionándose en el postoperatorio “mediato tardío” (8 -14 días). (Figura No. 3)

## IX. DISCUSIÓN

Una de las principales cirugías en el ámbito ginecológico y obstétrico, es la histerectomía únicamente rebasada por la cesárea, sin embargo el abordaje de la misma, varía dependiendo de múltiples factores que van desde el diagnóstico de las pacientes, sus antecedentes quirúrgicos, el tamaño del útero o si es por causa oncológica. Aunque la literatura hace referencia a la miomatosis uterina como la principal causa de histerectomías, existen múltiples causas en las cuales el tratamiento quirúrgico como es la histerectomía es el definitivo.

En la actualidad, las principales causas de sangrado uterino, se agrupan en la clasificación de PALM COEIN según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, es la miomatosis uterina, donde puede llegar hasta 70% de todas las causas, durante la revisión de expedientes encontramos que el 85.1% de nuestra muestra, presentaba miomatosis uterina, como la indicación de la histerectomía, en la segunda causa fue el prolapso genital, por lo que se coincide con la literatura referida.

En el estudio publicado por la Revista Cubana en el 2007, donde se reportó 300 casos de histerectomía vaginal, se encontraron que en 22 de las pacientes se presentaron complicaciones de tipo infecciones como infección de vías urinarias y abscesos de cúpula vaginal, mismas que se presenta en un mayor porcentaje en las histerectomía abdominales. En nuestro estudio se presentaron como complicaciones en histerectomía abdominal como una mayor prevalencia íleo postquirúrgico y en segundo lugar formación de absceso de herida quirúrgica a diferencia de la histerectomía vaginal que se presentó como complicación número uno la formación de absceso de cúpula y en segundo lugar con 1 paciente, absceso pélvico.

El tiempo quirúrgico durante una cirugía es pieza fundamental para predecir la evolución del paciente, ya que a mayor tiempo en quirófano, mayor el incremento del riesgo de complicaciones como infecciones, sangrado, riesgo de daño en órganos abdominales o pélvicos, así como la necesidad de administrar antibióticos o prolongación en el tiempo de hospitalización, por lo que al comparar la histerectomía vaginal con la abdominal, identificamos ciertos puntos clave donde al valorarla coincidimos con la bibliografía estudiada, es decir, en el estudio realizado encontramos un menor tiempo quirúrgico en la histerectomía vaginal en relación con la abdominal. Así mismo en cuanto al sangrado, se realizó un estudio de cohorte en Medellín en el año 2011, donde se estudió la histerectomía vaginal sin prolapso, se reportó que el sangrado operatorio fue de 161 ml, mismo que se asemeja en nuestra revisión, donde encontramos que en la histerectomía vaginal el 37% de

las pacientes presento un sangrado de 101-200 ml, y con el 5% con sangrado de 301-500 ml, teniendo esta cantidad, como el mayor sangrado presentado en las histerectomía, en relación a la histerectomía abdominal la mayoría de las pacientes con 35%, se presentó 101-200 ml de sangrado, sin embargo el 26% de las pacientes sangrados por arriba de 300 ml, por lo que reafirmamos como lo refiere la literatura, que en histerectomía vaginal el sangrado disminuye, ofreciéndole a la paciente disminución en la necesidad de hemotransfusión.

Una de las problemáticas que se presentan en cirugía, es el manejo del dolor postoperatorio, como es sabido, en un abordaje abdominal, las distintas capas y fascias que se cortan para llegar a cavidad, condicionan un incremento en el dolor postoperatorio, por lo que se tiene la necesidad de administrar en ocasiones dosis altas de analgésicos, sin embargo, en el abordaje vaginal, se detectó una considerable diferencia en el dolor, con el 75% de las pacientes con histerectomía vaginal, que no referían dolor, y el 25% restante refiriendo dolor leve, en cambio en el abordaje abdominal, se encontró que únicamente el 7.4% de las paciente no presentaban dolor, cifra que muestra un valor significativo, que indirectamente interviene en la disminución de costos de hospitalización y uso de analgésicos.

## X. CONCLUSIÓN

Después de haber realizado la comparación de los resultados de la histerectomía por vía vaginal en pacientes sin prolapso uterino con pacientes sometidas a histerectomía por vía abdominal durante el periodo de marzo 2016 a de marzo de 2017, se encontró que la histerectomía vaginal es una técnica quirúrgica altamente segura y efectiva en úteros de volumen aumentado por patología benigna y sin descenso.

Como en toda práctica de la medicina, se requiere tener los conocimientos y las habilidades para realizar algún procedimiento, como lo es en la práctica de la cirugía ginecológica, el cirujano deberá tener la habilidad y experiencia en ambos abordajes.

Se identificaron diferencias considerables entre la cirugía con abordaje vaginal y abdominal, donde uno de las principales variables estudiadas fue la evolución clínica en la recuperación de las pacientes, donde se encontró un menor días de hospitalización en las pacientes con abordaje vaginal en relación con la abdominal, así mismo en la recuperación y el dolor postoperatorio, se encontró una diferencia significativa entre ambos abordajes, dando una disminución del dolor mayor en el abordaje vaginal, lo que nos traduce a menor tiempo de hospitalización y menor gasto económico, indirectamente proporcional a la histerectomía abdominal.

Así mismo, en relación a las complicaciones postoperatorias, se encontró un mayor índice en la histerectomía abdominal, con presencia de dehiscencia, íleo postquirúrgico y absceso de herida quirúrgica, que representa mayor gasto a la institución y para el paciente con la necesidad de reinternamientos y reintervenciones quirúrgicas así como el prolongar la hospitalización, a diferencia de la histerectomía vaginal donde la principal complicación fue el absceso que se manejó de forma conservadora a base de antibioticoterapia.

Al realizar este estudio, donde comparamos ambos abordajes en la histerectomía sin prolapso uterino se concluye que el abordaje vaginal a pesar de que se realiza en una proporción menor en relación a la abdominal, trae consigo menores riesgos de complicaciones, por lo que debería ser más utilizada, para así, devolverle su valor en el ámbito de la cirugía ginecológica, además de brindar la oportunidad de formar especialistas con mayor experiencia y conocimiento en este procedimiento, ya que además de que fue



la primera técnica desarrollada para la extirpación del útero, le ofrece mejores beneficios a las pacientes histerectomizadas.

Al finalizar con este estudio donde se comparó la histerectomía vaginal contra la histerectomía abdominal, se concluyó que la vaginal presenta menor riesgo de complicaciones, así como menor tiempo quirúrgico, menor dolor y menor días de hospitalización, por lo que se debería estandarizar criterios para valorar abordaje vaginal en pacientes que no presentan descenso, esto con la finalidad de disminuir gastos para la pacientes y para la institución. Es recomendable realizar más estudios de una manera prospectiva, para mantener un control estadístico de las diferencias y beneficios de un abordaje vaginal con el abdominal, de igual forma, se podría implementar la realización de criterios estandarizados para valorar el abordaje en las pacientes con patología benigna.

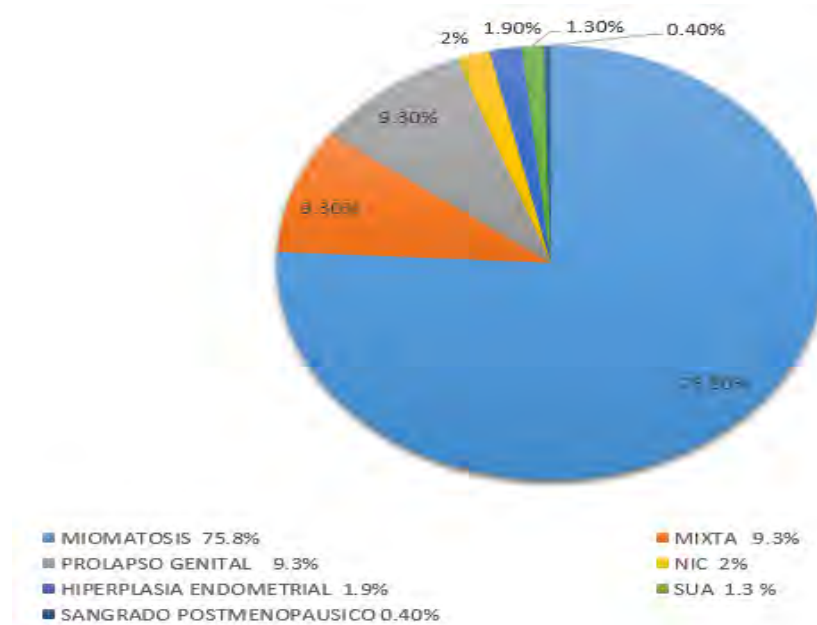
## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Viridiana Gorbea-Chávez, Silvia Rodríguez-Colorado. Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:148-154.
2. Dr. Miguel Emilio García Rodríguez. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados. A propósito de 300 casos. *Revista Cubana de Cirugía* 2007; 50(2):155-163.
3. Valentín Manríquez G., Michel Naser N., Mauricio Gómez L. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013; 78(6): 432 – 435.
4. José Luis Correa-Ochoa, M.D., Jorge Alberto Tirado-Mejía, M.D. Histerectomía vaginal sin prolapso: estudio de cohorte. Medellín (Colombia) 2008-2010. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 62 No. 1 • Enero-Marzo 2011 • (45-50).
5. Miguel Emilio García Rodríguez, Ramón Ezequiel Romero Sánchez. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. *Revista Cubana de Cirugía* 2011; 50(2):155-163.
6. O. Rodríguez Morales, J. Solís Medrano, M. Cortes Bonilla, J.L. García López, C.R. Juárez Barragán y P.B. Juárez Solís. Situación actual de la histerectomía vaginal por electrocirugía bipolar y morcelación en úteros voluminosos en el Hospital General «General José María Morelos y Pavón». *ISSSTE. Perinatol Reprod Hum.* 2015; 29(4):157-161.
7. MsC. Abelardo S. Toirac Lamarque, MsC. Viviana Pascual López y MsC. Nancy Moya Rodríguez. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba. Histerectomía vaginal sin prolapso genital. *MEDISAN* 2012; 16(4):504
8. Jonathan S. Berek. *Ginecología de Novak* 13 Edición. Los Angeles California: David Geffen School of Medicine at UCLA, 2002, 619 p.

## XII. ANEXOS

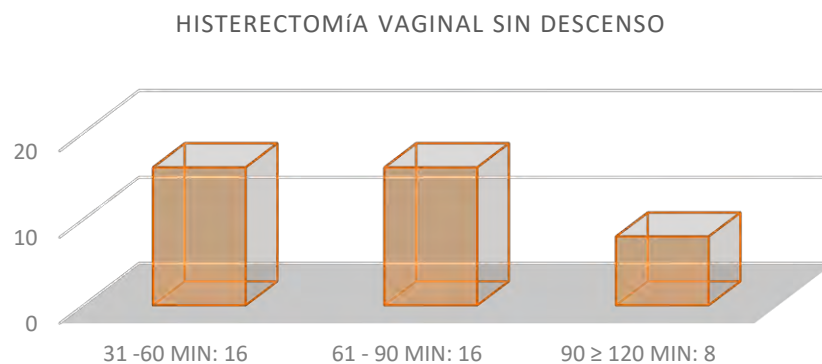
### FIGURAS

**Figura No.1** Diagnóstico De Histerectomías Realizadas En Marzo 2016-Marzo 2017

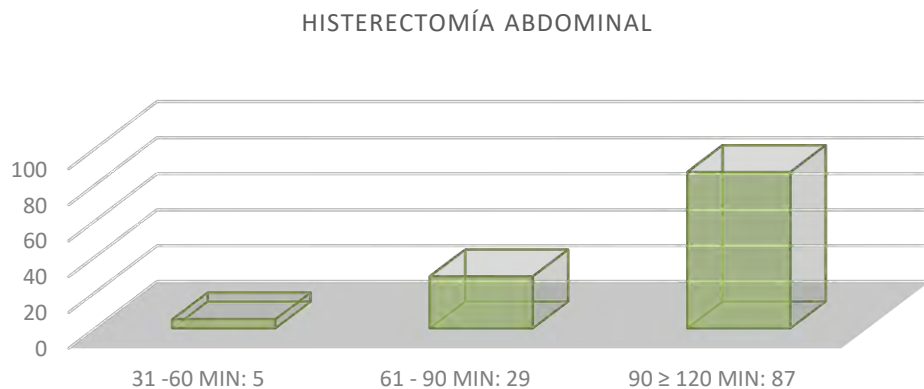


\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Figura 2.1** Tiempo Quirúrgico En Histerectomía Vaginal



**Figura 2.2** Tiempo Quirúrgico En Histerectomía Abdominal



\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Figura 3.1** Días De Hospitalización En La Histerectomía Abdominal



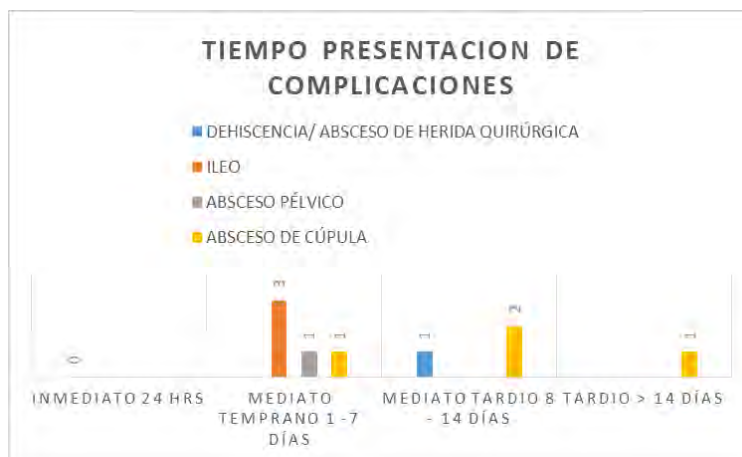
\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Figura 3.2** Días De Hospitalización En La Histerectomía Vaginal



\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Figura No. 4** Tiempo de Presentación de Complicaciones Postquirúrgicas en Pacientes Postoperada de Histerectomía



\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Tablas**

**Tabla No. 1** Dolor En Pacientes Postoperadas Según Escala EVA

**DOLOR**

	No hay dolor	Dolor leve	Moderado	Severo	Muy severo	Máximo dolor	Total de pacientes
<b>HTA</b>	9 (7.4%)	90 (74.3%)	13 (10.7%)	4 (3.3%)	4 (3.3%)	1 (0.8%)	121
<b>HVSP</b>	30 (75%)	10 (25%)	0	0	0	0	40

\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Tabla No.2** Hemotransfusión En Pacientes Postoperadas De Histerectomía

**TRANSFUSIÓN POST CIRUGÍA**

	NO TRANSFUSIÓN	1 PAQUETE GLOBULAR	2 PAQUETES GLOBULARES	Totales de pacientes
<b>HTA</b>	113	4	4	121
<b>HVSP</b>	39	1	0	40

\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Tabla No.3** Sangrado Postquirúrgico En Pacientes De Histerectomía

**SANGRADO POSTQUIRURGICO**

	< 100 ml	101 – 200ml	201 – 300ml	301-500 ml	>500 ml	Total de pacientes
<b>HTA</b>	12	43	34	16	16	121
<b>HVSP</b>	13	15	10	2	0	40

\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer

**Tabla No. 4** Complicaciones Presentadas En Pacientes Operadas De Histerectomía

**TIPO DE COMPLICACIONES**

	NINGUNA	ÍLEO	ABSCESO PÉLVICO	ABSCESO DE CÚPULA	ABSCESO DE PARED / DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.	Total de pacientes
<b>HTA</b>	117	3 (2.47%)	0	0	1 (0.82%)	121
<b>HVSP</b>	35	0	1(2.5)	4 (10%)	0	40

\* Fuente: Expedientes Clínicos Archivo Clínico Hospital De la Mujer