



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HISTERECTOMIA VAGINAL

Revisión de 437 Casos

Por

Dr. JUAN MANUEL ADAYA GOMEZ

Dirección de

DR. HUMBERTO MORENO BONET

T E S I S

Que para adquirir reconocimiento de la U.N.A.M. en la especialidad de Ginecoobstetricia realizada en el Hospital de la Mujer de la S. S. A. en el lapso de Marzo de 1973 a Diciembre de 1975.



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.

A MIS PADRES CON AGRADECIMIENTO
Y CARIGO.

A MI ESPOSA Y A

MI HIJO JUAN MANUEL.

A MIS HERMANOS:

IRMA

ADALBERTO Y

ARNULFO.

A NTS MAESTROS.

HISTERECTOMIA VAGINAL.

REVISION DE 437 CASOS.

En un principio, la histerectomía vaginal como todo lo quirúrgico estaba lejos de poder realizarse.

Gracias a Berengarius de Bologna, se realizó la primera intervención, teniendo en sus casos realizados, una gran mortalidad. En México, se puede mencionar al Dr. - Nicolás San Juan en 1868 como precursor de ésta cirugía en el país. (1) (2)

En la actualidad, con el perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas y anestésicas, el índice de morbi-mortalidad ha disminuído considerablemente.

Si bien el prolapso genital total es la indicación más justificada y que más facilidad ofrece para dicha intervención, con una técnica cuidadosa y en manos expertas, es posible realizarla en descenso uterino III, II, y hasta I, teniendo como principal contraindicación la presencia de masas en el propio útero y/o en anexos.

Para la elección de ésta vía no debemos olvidar dentro de nuestro estudio cuidadoso a la paciente, las

necesidades copulativas o de menstruación de la misma (3), las cuales nos pueden llevar a tomar una conducta conservadora. Por otro lado, tomando en cuenta la bondad de la intervención con su variedad de técnicas, se pueden resolver varios problemas ginecológicos de preferencia en mujeres menopausicas y premenopausicas (4).

La técnica más usada ha sido la de Heaney en la cual primero se realiza la colpotomía anterior y posteriormente la histerectomía.

El objeto de la presente comunicación es de un estudio retrospectivo de 437 casos de histerectomía vaginal realizados en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Médica en México, D.F. en un período de 10 años (1966-1975), haciendo énfasis en el último año en el cual tuve oportunidad de tener participación personal directa o indirectamente en un buen número de casos.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio realizado en el Hospital de la Mujer (S.S.A.) es una revisión bioestadística de 437 casos de Histerectomía Vaginal en un lapso de 10 años (1966-1975).

Se analizan parámetros importantes como son: Edad, paridad, sintomatología, diagnóstico de ingreso, patología asociada, resultado colpocitológico, tratamiento quirúrgico, tipo de anestesia, complicaciones transoperatorio-

rias, morbi mortalidad, diagnóstico histopatológico y estancia hospitalaria.

RESULTADOS

En el sexenio 1966-1971 hubo 16,807 ingresos ginecológicos (3). La relación de histerectomía vaginal con el total de ingresos fué de 1.04 %. La relación de histerectomía abdominal con la totalidad de ingresos fué de 0.87 %. La relación de histerectomía vaginal e histerectomía abdominal, fué de 1,20 : 1

Durante el período entre 1972 a 1975, hubo un total de 49.660 pacientes atendidas, de las cuales, 4,455 fueron ginecológicas, y de éstas últimas, hubo 260 histerectomía vaginales.

En 1975, el total de pacientes fué de 12,303, de las cuales 1205 fueron ginecológicas, y de éstas, 108 fueron histerectomía vaginal.

EDAD

La edad mínima fué de 28 años y la máxima de 88, con un promedio de 63.3 años. La mayor incidencia en el estudio global fué en la década de los 61-70 años (37.52 %)

Cuadro # 1.

No hubo rebasé de edades límite en los últimos cuatro años.

CUADRO # 1

Edad	No. de Casos	%
21 años	1	0.20
31 a 40 años	30	6.86
41 a 50 años	63	14.41
51 a 60 años	128	29.28
61 a 70 años	164	37.52
71 a 80 años	45	10.29
81 a 90 años	6	1.37
Total	437	99.93

PARIDAD

Se encontraron 8 pacientes nulíparas (1.83%), 10 primíparas (2.28%), 116 multíparas (26.56 %) y 301 grandes multíparas (68.87 %).

En dos casos no se consignó éste dato (0.45 %).

Cuadro # 2.

En el año de 1975, predominó también este grupo.

CUADRO # 2

Paridad	No. de casos	%
Nulíparas	8	1.83
Primíparas	10	2.28
Multíparas	116	26.56
Grandes multíparas	301	68.87
No consignadas	2	0.45
Total	437	99.99

SINTOMATOLOGIA

El síntoma predominante, incluyendo al año de 1975, fué la sensación de cuerpo extraño en vagina referido por 326 pacientes (74.59 %). Sigue en frecuencia el dolor pélvico en 189 casos (43.29 %).

Se tomaron otros datos de los cuales, si bien no deberán tomarse como causa-efecto, en su investigación se llegó a la realización del diagnóstico: El flujo vaginal se presentó en 70 pacientes (16.01 %). Sangrado transvaginal en 61 pacientes (14.15 %). Incontinencia urinaria en 57 pacientes (13.04 %).

Es por demás decir que en varias pacientes se presentaron 2 o más síntomas de los mencionados. Cuadro # 3.

CUADRO # 3

<u>Sintomatología</u>	<u># de casos</u>	<u>%</u>
<u>Sensación de cuerpo extraño</u>	<u>326</u>	<u>74.59</u>
<u>Dolor pélvico</u>	<u>189</u>	<u>43.24</u>
<u>Flujo vaginal</u>	<u>70</u>	<u>16.01</u>
<u>Sangrado transvaginal</u>	<u>61</u>	<u>14.15</u>
<u>Incontinencia urinaria</u>	<u>57</u>	<u>13.04</u>

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Predominó el de prolapso uterino III el cual se observó en 325 pacientes (74.37 %). Prolapso uterino II en 78 pacientes (17.84 %). Prolapso uterino I en 34 pacientes ..

(7.78 %). Acompañando al prolapso uterino en sus diferentes estadios, se registraron 295 pacientes con cisto y -- rectocele (67.50 %). En 6 casos está previamente reportada la miomatosis uterina y en los cuales se tomó en cuenta el tamaño de la tumoración para la elección de la vía -- vaginal. Hay 3 casos de Cáncer cervicouterino Estadio IIA (0.68 %). Cuadro # 4

CUADRO # 4

<u>Diagnostico de ingreso</u>	<u># de casos</u>	<u>%</u>
Prolapso uterino III	325	74.37
Prolapso uterino II	78	17.84
Prolapso uterino I	34	7.78
Cisto y rectocele asociados	295	67.50
Miomatosis uterina	6	1.37
Ca. Cervicouterino	3	0.68

PATOLOGIA ASOCIADA

Predominan las enfermedades cardiovasculares, 22 casos (5.03 %). Las enfermedades metabólicas fueron 16 (3.66 %). La presencia de hernias inguinales fue en 10 casos --- (2.28 %). Tuberculosis pulmonar en 3 casos (0.68 %). quiste de ovario en dos casos (0.45 %) y asma bronquial en 1 caso. Cuadro # 5

CUADRO # 5

Patología asociada	# casos	%
Enfermedades cardiovasculares	22	5.03
Enfermedades metabólicas	16	3.66
Hernia inguinal	10	2.28
Tuberculosis pulmonar inactiva	3	0.68
Quiste de ovario	2	0.45
Adema bronquial	1	0.22

CITOLOGIA VAGINAL

Dentro de la totalidad de las pacientes de éste estudio, el resultado mayor de la citología fué de Negativo II en 309 casos (70.70 %). Negativo I se reportó en 77 casos (17.62 %). Negativo III en 15 casos (3.43 %).

Hubo 36 casos sin reporte citológico, debiendo hacer notar que en el estudio de los últimos 4 años, todas las pacientes tuvieron dicho estudio. Cuadro # 6

CUADRO # 6

Resultado de la citología	# de casos	%
Negativo I	77	17.62
Negativo II	309	70.70
Negativo III	15	3.43
Sin reporte citológico	36	8.23
Total	437	100.18

TRATAMIENTO QUIRURGICO COMPLEMENTARIO

Además de la histerectomía vaginal que se realizó en todas las pacientes del estudio, en 365 se hizo colpoperineoplastia (83.52 %); ooforectomía en 15 (3.43 %); hernioplastia en 11 (2.50 %); colpectomía en 6 pacientes (1.37 %) y colpocleisis en 5 pacientes (1.14 %).

A la vez que pasa el tiempo, la colpoperineoplastia se fué haciendo más frecuente, en tal forma que en los últimos años, solamente en casos que ameritó colpocleisis, no se realizó ésta.

En los 15 casos que se realizó ooforectomía, el diagnóstico de tumoración ovárica fué transoperatorio.

Se realizaron 11 hernioplastias (2.50 %), colpectomía en 6 pacientes (1.37 %) y colpocleisis en 5 (1.14 %).

Cuadro # 7

CUADRO # 7

<u>Trat. Quirurgico complementario</u>	<u># de casos</u>	<u>%</u>
<u>Colpoperineoplastia</u>	<u>365</u>	<u>83.52</u>
<u>Ooforectomía</u>	<u>15</u>	<u>3.43</u>
<u>Hernioplastia inguinal</u>	<u>11</u>	<u>1.37</u>
<u>Colpectomía</u>	<u>6</u>	<u>1.14</u>
<u>Colpocleisis</u>	<u>5</u>	<u>1.04</u>

ANESTESIA EMPLEADA

Primordialmente se usó el bloqueo epidural, en 329 casos (89.70 %); la anestesia general en 29 casos (6.63 %)

y en el menor de los casos, se utilizó bloqueo subaracnoideo (6 casos) (3.66 %). Cuadro # 6

CUADRO # 8

<u>Anestesia empleada</u>	<u># de casos</u>	<u>%</u>
Bloqueo epidural	392	89.70
Anestesia general	27	6.63
Bloqueo subaracnoideo	16	3.66
Total	437	99.99

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.

Dentro de éstas, se registraron 3 lesiones a recto, (0.68 %), cuatro lesiones a vejiga (0.91 %), y tres sangrados profusos en los cuales hubo necesidad de reintervenir y en uno de ellos, ameritó ligadura de arteria hipogástrica.

MORBILIDAD

Se presentaron 45 casos de infecciones urinarias --- (10.2 %); 14 casos de absceso de cúpula (3.32 %); dehiscencia de coloplastías 3 casos (0.68 %) y dos casos de tromboflebitis (0.44 %).

En el año de 1975, se resumió a 8 casos de infección urinaria (7.40 %), 5 casos de absceso de cúpula (3.70 %), 2 casos de íleo paralítico (1.86 %) y un caso de dehiscencia de coloplastía (0.93 %).

Nota: Los dos casos de íleo paralítico, fueron precedidos de absceso de cúpula (incluidos en el mismo cuadro).

MORTALIDAD

Se tienen registradas 2 decesos por peritonitis y desequilibrio hidroelectrolítico (0.45 %).

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

Los casos de patología uterina benigna estuvieron con representación en: Ecto y endocervicitis, 265 casos (60.66 %); endometrio atrófico 245 casos (56.06 %), metaplasia escamosa 209 casos (47.82 %), hiperplasia endometrial 82 casos (18.76 %); fibroleiomioma 39 casos (4.34 %) y adenomiosis en 14 (3.20 %). Cuadro # 9

La patología maligna se manifestó en el 2.18 % de los casos. Para esto, es necesario hacer saber que en los dos últimos años, es de rutina realizar biopsia endometrial en todos los casos que se va a realizar histerectomía vaginal.

ESTANCIA HOSPITALARIA

Se registraron como días mínimos 4, y máximos 82, dando un promedio de 138 días

CUADRO # 9

<u>DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO</u>		
<u>Patología benigna</u>	<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
<u>Ecto y endocervicitis</u>	<u>265</u>	<u>60.66</u>
<u>Endometrio atrófico</u>	<u>245</u>	<u>56.06</u>
<u>Metaplasia escamosa</u>	<u>209</u>	<u>47.82</u>
<u>Hiperplasia endometrial</u>	<u>82</u>	<u>18.76</u>
<u>Fibroleiomioma</u>	<u>39</u>	<u>4.34</u>
<u>Adenomiosis</u>	<u>14</u>	<u>3.20</u>

CUADRO # 9 (Cont)

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO		
Patología maligna	No. de casos	%
Carcinoma epidermoide	5	1.14
Carcinoma " in situ"	5	1.14

DISCUSION

Si se toma en cuenta la anatomía del suelo pélvico que cierra la excavación de la pélvis que está formada por varios elementos musculares y aponeuróticos y que son atravezados por el recto, la vagina y la uretra en su paso al exterior (5), se comprenderá la importancia vital del factor congénito para un desplazamiento de los órganos pélvicos.

A éste factor, debe agregarse otros como son los traumatismos, posturales y por alteraciones anatómicas (6) de la columna vertebral, pélvis osea, elementos de sostén intraabdominal e intrapélvicos (7).

Se debe mencionar, los factores predisponentes como los obstétricas, constitucionales y generales, entre los que predominan la multiparidad, malformaciones congénitas y desnutrición.

El presente estudio se realizó con el fin de observar porcentaje, osueas, número y morbi mortalidad principalmente.

En relación a la edad de nuestras pacientes predominó, las que están en la década de 61-70 años.

La gran multiparidad nos muestra que existe como caso predisponente para la formación del carcinoma uterino.

pero también hubo casos de nulípara: que nos muestra el factor congénito en las alteraciones del suelo pélvico.

La sensación de cuerpo extraño por vagina se presenta en más de las veces, pero ésta o alguna otra, nos puede llevar al enlarcamiento de ésta patología, pudiendo desde luego, haber asociación de dos o más síntomas.

El prolapso uterino III fué la principal indicación para la histerectomía vaginal, y en una gran mayoría se presentaba también el cisto y rectocele, o bían, cuando la idea era de realizar únicamente plastía vaginal, con el efecto anestésico y nueva exploración ginecológica se corroboraba el descenso uterino el cual llevaba a tomar determinación de extirpar el útero.

Dentro de la patología asociada, corresponde tomando en cuenta la edad predominante de las pacientes, que sean los padecimientos cardiovasculares los más frecuentes. Siguen en orden de frecuencia, las enfermedades metabólicas y primordialmente la diabetes mellitus.

La técnica seguida principalmente fué la de Heaney modificada que consiste en realizar primero la plastía o colpotomía media y posteriormente la histerectomía. Sólomente una corriente en los dos últimos años, realizó la histerectomía primero.

Las lesiones a recto y vejiga independientemente de la técnica seguida, cada vez sigue siendo menos.

También el número de infecciones urinarias en el postoperatorio, así como el absceso de cúpula, han dismi-

nuído en forma considerable.

En los dos descesos ocurridos, del primero, desconozco muchos datos concretos. Del segundo, primeramente hubo complicación por absceso de cúpula del cual se aisló bacilo tuberculoso. Posteriormente ileo paralítico, falleciendo por infección mixta.

En 100 casos reportados por Leal del Rosal (9), no señala algún caso de defunción.

Algunos autores (10) refieren que la administración de estrógenos en el preoperatorio, aumenta la resistencia de la vagina y del tracto urinario a las infecciones, facilitando además el acto quirúrgico.

COMENTARIO

Es indudable que cada día se va perfeccionando las técnicas para la histerectomía vaginal a grado que se puede realizar en la actualidad éste tipo de cirugía en descesos uterinos I y aún en presencia de tumoraciones pequeñas.

Si bien las técnicas anestésicas han evolucionado satisfactoriamente en pro de la paciente, deberá tomarse muy en cuenta la valoración cuidadosa de ésta por la edad en que es frecuente la decisión de histerectomía vaginal.

Aunque no es exclusiva la multiparidad en nuestros casos, coincide con otros estudios la gran frecuencia de prolapsos, cisto y rectoceles.

En relación a la técnica operatoria, se puede decir a favor de la de Heaney, que el sangrado transoperatorio

el peligro de lesionar vejiga o ureteros es menor.

En todos los casos, no hay reporte de haber usado estrógenos o antibióticos previos a la cirugía.

Se puede agregar que en los dos últimos años, 46 se manejaron con técnica de cúpula abierta.

El postoperatorio nos mostró como complicación más frecuente las infecciones urinarias, las cuales han ido disminuyendo con 3 días de sondas vesical permanente y -- administración oral de antisépticos urinarios.

CONCLUSIONES

- 1.- Aunque la multiparidad es causa principal como predig
ponente, existe el factor congénito para el desplaza-
miento de los órganos pélvicos.
- 2.- La indicación principal de histerectomía vaginal, si-
gue siendo el descenso uterino.
- 3.- El número de histerectomías vaginales es poco a poco,
en aumento, tomando como relación la vía abdominal.
- 4.- En ningún momento debe tomarse a competencia la vía a
decidir, ya que sus indicaciones son bien precisas.
- 5.- La técnica que deberá seguirse es la que más se domi-
ne.
- 6.- Las lesiones a recto y vejiga, cada vez son menores.
- 7.- La colpoperineoplastia es complemento de la histerecto-
mía vaginal.
- 8.- La cúpula abierta tiende a disminuir los abscesos.
- 9.- En toda paciente que se va a realizar histerectomía -
vaginal, deberán ir incluidos en sus estudios preope-

ratorica, los resultados de citología cervicovaginal y de biopsia endometrial para descartar procesos neoplásicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Reyes From M. Histerectomía vaginal. Memorias del IV congreso Mexicano de Ginecología y obstetricia I: 155, 1963.
- 2.- Suárez Cobo. Histerectomía en el Hospital de la Mujer Ginecología y Obstetricia de México 18-133; 1963.
- 3.- Martini O. I. Histerectomía vaginal. Rev. de 175 casos en el H. de la Mujer. México. Revisión ginecoobstétrica. Pag # 33; 1972.
- 4.- Ahumada J. Indicaciones de la histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital. Memorias II Congreso de ginecología y Obstetricia de México. I: 497; 1965.
- 5.- Novak Edmund R. Ginecología. Capítulo 13; Pag. 252 Edic. 1965.
- 6.- Espinoza Hernández J. Trastornos de la estética pélvica genital. AMRENGOU 245; 258. 1967.
- 7.- Ramírez D. Prolapso uterino. Avances recientes en Ginecoobstetricia Pag. 272/1967.
- 8.- Quiñones G.R. Histerectomía en la mujer anciana. Ginec. y Obst. de México 23: 689, 1968.
- 9.- Leal del Rosal, J. Estudio de 100 histerectomías vaginales consecutivas. Indicaciones y complicaciones.