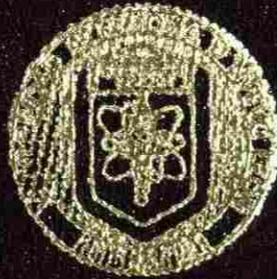


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
"DR. BERNARDO SEPULVEIDA"

S. S. A.

MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL
Y VAGINAL: ESTUDIO COMPARATIVO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA

DR. EFRAIN CAMPOS BARBA

ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS FELIPE ALVAREZ MARTINEZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1969.

TM

2665

FM

1989

C3



1020091108



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO

DR. BERNARDO SEPULVEDA

S. S. A.

UANL

**IMORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL
Y VAGINAL. ESTUDIO COMPARATIVO**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA

DR. EFRAIN CAMPOS BARRA

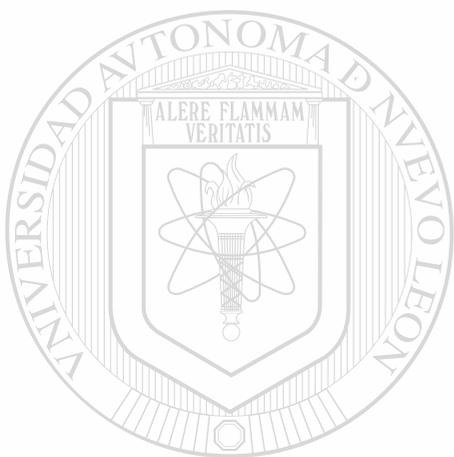
ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS FELIPE ALVAREZ MARTINEZ

TONTERRAY, N. L.

ENERO DE 1989.

TM
Z6658
FM
1989
C3



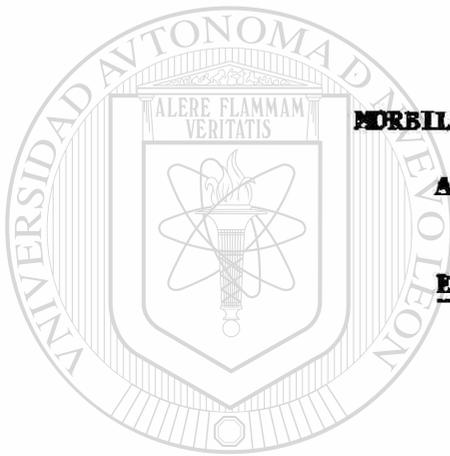
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



162033



MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA

ABDOMINAL Y VAGINAL

ESTUDIO COMPARATIVO

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESIDENTE: DR. EFRAÍN CAMPOS BARRA.

ASESOR: DR. CARLOS F. ALVAREZ MTZ.

Con cariño y amor para mi esposa Laura Marcela, por
su gran apoyo y comprensión.

Con respeto a mis padres Andrés Avelino y Severina.

Con agradecimiento a mis maestros, por su legado científico,
sus consejos y apoyo brindado.

Al Dr. Carlos F. Alvarez Martínez por su gran cooperación

orientación y apoyo para llevar a cabo esta Tesis.

C O N T E N I D O

1. **INTRODUCCION.**

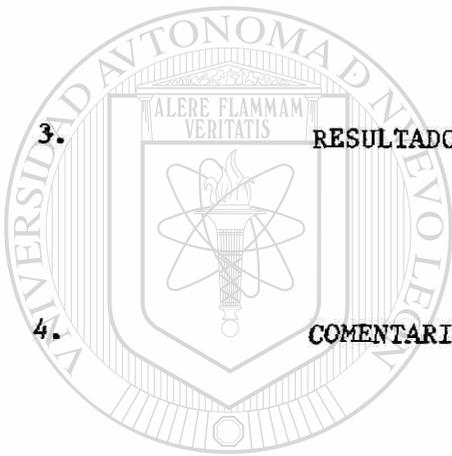
2. **MATERIAL Y METODOS.**

3. **RESULTADOS.**

4. **COMENTARIOS.**

5. **CONCLUSIONES.**

6. **BIBLIOGRAFIA.**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

INTRODUCCION:

La histerectomía total abdominal, (HTA), constituyó el método más utilizado para la intervención quirúrgica de algunos padecimientos como: Miomas uterinos, enfermedades pelvianas benignas, incluyendo las endometriosis, las inflamaciones pélvicas y los tumores uterinos anexiales.

Esta técnica descrita originalmente por Richardson (1929), modificándose a través del tiempo por otros autores como Meigs, Sims, Kelly y Wertheim, ampliándose a la vez sus indicaciones en otras patologías ginecológicas como cáncer de cérvix, hemorragias uterinas disfuncionales y otras; siendo la edad promedio en que se practicaba éste procedimiento la quinta década de la vida. (10)

Es importante señalar que la HTA como método de esterilización ha ido desapareciendo con el paso del tiempo como lo señala Easterday y Thompson. (6,9,12,17).

La HTA, es una intervención quirúrgica mutiladora en la que se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementario para integración psicológica de la mujer, teniendo un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social. (10)

Han pasado 100 años desde que se practicó la primera histerectomía y aún no hay acuerdo médico en cuanto a su frecuencia e indicaciones, oportunidad para realizarla, correlación clínico-patológica pre y post-quirúrgica, ya que cada autor señala variables que a su entender deben ser reconocidas. (4,5,14)

La mayor desventaja de la HTA electiva es el costo, sus efectos vasculares impredecibles y su posible reacción adversa metabólica y psicológica.

La más grande ventaja es la ganancia de 14.3 años de vida por 1.3% de las mujeres operadas. Esto es relación de las enfermedades que pudiera desarrollar a su edad si no se operara. (12,15).

La recuperación psicológica de ésta intervención vá desde una aceptación total aún sin indicación suficiente, hasta una depresión, por lo cual se in--

-siste en una valoración pre-operatoria muy cuidadosa. (12).

En la HTA de urgencia, la paciente experimenta en el período de recuperación temor, depresión, duda, enojo, autodevaluación y múltiples componentes somáticos de origen psicológico. (2,7,8) Observándose además una disminución de la actividad sexual, siendo la recuperación difícil en las pacientes asíntomáticas, mayormente en las que deseaban tener más hijos y las que carecían de soporte familiar.

En algunas pacientes que presentaban éstos síntomas, se tenía el diagnóstico pre-operatorio de histeria o neurosis.

La depresión es manifestada usualmente por agitación, fatiga, cefalea y - - múltiples síntomas como polaquiuria, disuria, parestesias digitales y problemas con su pareja.

En la paciente obesa, la HTA se asocia con mayor morbilidad, ya que representa un grado mayor de dificultad técnica, tiempo operativo, pérdida sanguínea observándose con más frecuencia las complicaciones post-quirúrgicas, cardíacas tromboembólicas, respiratorias con adición a los problemas de cicatrización. (10)

Algunos investigadores han demostrado mayor efectividad de los antibióticos pre-operatorios que post-operatorios, más sin embargo recomiendan con certeza su continuación por 4-5 días después de la cirugía. (4,18).

La ooforectomía es muy discutida en la actualidad, según Perrish, la castración precoz, eleva la mortalidad por problemas cardiovasculares.

Alvarez Bravo recomienda preservar las gónadas en pacientes menores de 45 años. (19,22)

Se ha observado en algunos estudios un incremento de la morbimortalidad en la HTA comparados con la histerectomía vaginal, (16,18) y esto es debido a que la HTA presenta un mayor número de lesiones vesicales y ureterales, sobre todo en la técnica extrafascial, comparando ésta con la técnica intrafascial. (1,17,19)

La técnica extrafacial es más sencilla, empleándose además en procesos malignos se observa menor sangrado, debido a que la fascia permanece íntegra, por lo cual se logra un mejor pinzamiento de la cúpula, y por tal se logra una mejor reparación, no siendo así en el técnica intrafacial.

Se ha observado una disminución de la morbilidad, eliminando las pinzas de presión, uso adecuado del material de sutura, catéters, así como una técnica meticulosa.

Se considera la morbilidad febril en aquellas pacientes que presentan hipertermia mayor de 38° c. en más de dos días, después del primer día post-quirúrgico. (1,14).

La neuropatía femoral como consecuencia de la HTA, pasada por alto, en ocasiones debido a su grado de intensidad, se ha relacionado con el uso del separador de Sullivan-O'Conor, al comprimir sus hojas lateral el nervio femoral. (12)

Se ha observado en algunas revisiones el promedio de estancia hospitalaria de 5 días, así como una disminución del uso de transfusiones y flúidos intravenosos (1,14)

Según Joel-Cohen, las indicaciones para la HTA se resumen:

- a] Enfermedades inherentes al útero.
Miomatosis, adenomiosis, padecimientos pre-malignos del cuello y cuerpo uterino.
- b] Hemorragias uterinas anormales, excluyendo las causas de tipo obstétrico.
- c] Enfermedades de los anexos; infeccioso, neoplásico, etc.

Cabe mencionar que en éste estudio se excluye la histerectomía obstétrica.

La primera histerectomía vaginal (HTV), fué descrita en mayo de 1829, por J. Warren. (20)

Se mencionan las ventajas de dicho procedimiento por vía vaginal:

1. Menor pérdida sanguínea; siendo mayor la colpoperineorrafia anterior y posterior.
2. Procedimiento rápido; por tal motivo disminuye el tiempo de exposición anestésica.
3. Menor manejo intestinal; por lo tanto menos adherencias, íleo paralítico y peritonitis.
4. El post-operatorio es más confortable.
5. Permite la deambulación temprana, disminuyendo el riesgo de tromboflebitis y problemas pulmonares.
6. Reducción de la morbilidad post-operatoria, y en el caso de desarrollarse absceso pélvico, será más fácil su resolución espontáneamente por vagina.
7. La incidencia de hernias post-incisionales es mínima.
8. Se prefiere ésta vía en pacientes obesas, cardiópatas y de edad avanzada, ya que éste procedimiento es menos traumático.
9. Se observa menos secuelas psicológicas ya que no deja cicatriz abdominal.

Las indicaciones son las siguientes:

- a) Prolapso uterino.
- b) Irregularidades menstruales; menopausia resistente a tratamiento médico.®
- c) Cáncer cervico-uterino in situ.
- d) Miomatosis uterina.
- e) Dismenorrea intratable.
- f) Piometra (cierre cervical por cauterización o cambios atróficos).
- g) Esterilización.
- h) Rectocele-cistocele.

Contra-indicaciones:

Son relativamente pocas y son basadas en la buena valoración pre-operatoria de la movilidad uterina y su diagnóstico exacto; es imperativo que no haya distorsión anatómica. (3)

- a) Utero fijo por extensión de un proceso inflamatorio pélvico, absceso - tubo-ovárico.
- b) Dolor pélvico crónico.
- c) Endometriosis.
- d) Cirugía pélvica previa por vía abdominal. (Suspensión uterina, plástica tubaria).
- e) Miomatosis intraligamentosa, ya que distorsiona la anatomía e incluye ureteros.
- f) Quistes ováricos, ni su drenaje.
- g) Cáncer de endometrio.
- h) Ca cu invasor.
- i) No es recomendable llevarla a cabo durante el período menstrual, ya -- que se encuentra más congestionado.

En otros estudios se recomienda la HTV en el carcinoma de endometrio en estadio I, en pacientes diabéticas, hipertensas y obesas. Observándose tasas de curación comparables a la HTA. (25)

Otra de las complicaciones frecuentemente observadas en el sangrado; una hemorragia de origen obscuro, sin evidencia de alteraciones en los signos vitales, es de mayor morbilidad con el resultante hematoma infectado. Las colecciones de sangre fétida infectada no siempre drenan por cpupula vaginal y en éstos casos se requiere una incisión baja rectal derecha-izquierda, para drenarlo quirúrgicamente.

Algunos autores mencionan que la cirugía pélvica previa no es una contra-indicación para la HTV, no existiendo diferencias significantes en cuanto a la morbilidad, complicaciones, estancia hospitalaria y transfusiones; y como ya se dijo anteriormente la elección de la vía depende de la movilidad uterina y de sus soportes relajados. (3)

Las tasas de mortalidad varían según los diferentes autores, por ejemplo, -- Amirikia-0.6%, Thompson-0.1%, Nava-0.8%, Pitkin .1%.

Ahora es muy importante el que la paciente esté bien concientizada sobre --

diagnóstico, procedimiento quirúrgico y anestésico al cual se vá a someter, así como también sobre las principales causas de morbilidad, (complicaciones trans y post-operatorias y sus secuelas), de tal manera que la paciente se concientice en forma global de su problemática y así se reduzcan las secuelas físicas y psicológicas al participar activamente con conocimiento de su caso.

El objetivo de este estudio es analizar las patologías más frecuentes en nuestra población, su vía de resolución y sus complicaciones, así como el beneficio en el uso o nó de antibióticos y las consecuencias psicológicas observadas en dichas pacientes.

MATERIALES Y METODOS:

De todas las pacientes que se les practicó HTA o HTV en el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", en un período de dos años, comprendido de Enero de 1986 a Diciembre de 1987, se tomaron al azar 100 expedientes de HTA y 100 expedientes de HTV; analizándose los siguientes datos: Edad, paridad, papanicolaou, indicación, diagnóstico anatomopatológico, cirugías abdominales previas, tipo de histerectomía, técnica empleada en la cúpula vaginal, cirugía de urgencia o electiva, manejo de gónadas, tratamiento substitutivo, complicaciones, esquema de antibióticos, transfusiones, secuelas psicológicas y estancia hospitalaria.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESULTADOS:

EDAD.

Según la distribución por grupos de edad, se observa en el cuadro I, en la HTV que la mayor concentración de pacientes fué en los grupos comprendidos de los 35 - 50 años, equivalentes a un 51%, mientras que en la HTA se encontró la mayor concentración en los grupos de 34 - 45 años equivalentes a un 53%, la fluctuación de edad en la HTV fué de 23 - 75 años y en la HTA fué de 13 - 67 años respectivamente.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

AÑOS	.HTV.	.HTA.
10 - 14	0	1
15 - 19	0	1
20 - 24	1	0
25 - 29	3	7
30 - 34	11	12
35 - 39	18	24
40 - 44	18	29
45 - 49	15	14
50 - 54	11	4
55 - 59	7	1
60 - 64	6	5
65 - 69	5	2
70 ó más	5	0
TOTAL:	100	100

EDAD PROMEDIO 47.09 40.76
 EDAD MIN/MAX 23-75 13-67

Dx. de edades:

HTV: 23 años distopia genital (G-6).
 75 años distopia genital + Ca Cu in situ.

HTA: 13 años pelviperitonitis.
 75 años miomatosis uterina.

CUADRO I

PARIDAD.

Como se muestra en el Cuadro II, se observó un promedio de 6.6 partos en la HTV y de 5 partos en la HTA, siendo la fluctuación en la HTV de 1 - 18 partos y de 0 - 14 en la HTA.

TIPO DE CIRUGIA.

Todas las pacientes de HTV fueron electivas, ya que ésta no es la vía adecuada para una cirugía de urgencia, por tal, debe tenerse una buena valoración previa (ver cuadro V), en la HTA el 87% fueron electivas, y un 13% de urgencia. Las indicaciones las veremos más adelante.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

Todas las pacientes de HTV contaron con citología exfoliativa previa a su intervención como uno de sus requisitos; se observaron los siguientes resultados: (ver cuadro XIV), 80% Negativo II; 4.5% displasia leve; 2.2% displasia moderada y 10.3% Ca Cu in SITU.

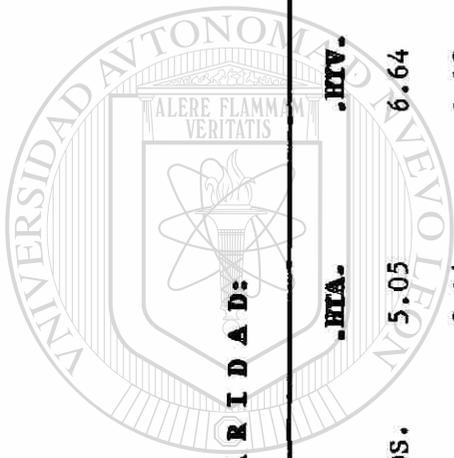
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

INDICACIONES.

En el Cuadro III se analizan las indicaciones para histerectomía, algunas teniendo hasta dos indicaciones, eliminándose el de menor importancia en algunas, por tal motivo no coincidirá el número de pacientes con el de indicaciones.

En la HTV se observó distopia genital en un 96% de las pacientes, como segundo más importante fué la incontinencia urinaria de esfuerzo en un 37%, Ca Cu in SITU 6%.

En la HTA la indicación más frecuente fué miomatosis uterina en 45%; E.I.P.C. en 15%; Ca Cu in SITU un 10%; además de una paciente con Ca Cu in SITU y Emb. de 6 sem; Tumorações ováricas benignas en 9%; se observó un 6% de pacientes con paridad satisfecha, ya que el diagnóstico anexo no era indicativo por sí sólo para la cirugía.



P A R T I D A D:

.HTA. .HTV.

PROMEDIO DE PARTOS.

5.05 6.64

OSCILANDO.

0-14 1-18

CUADRO II

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



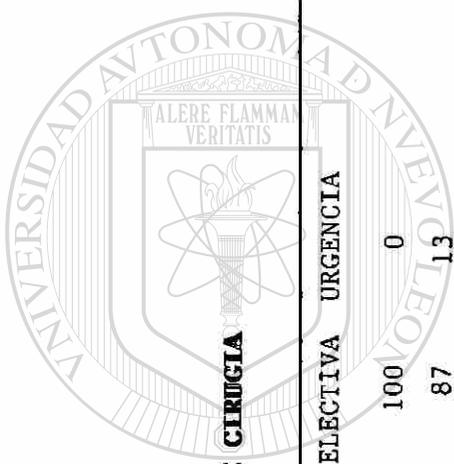
INDICACION

	HTV	HTA
DISTOPIA GENITAL	96	2
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	37	0
CA CU IN SITU	6	10
DISPLASIA SEVERA	0	1
ENF. INFLAMATORIA PELVICA CRONICA	2	15
ENF. INFLAMATORIA PELVICA AGUDA	0	3
HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL	1	4
MIOMATOSIS UTERINA	1	45
QUISTE DE OVARIO	0	6
QUISTE TORCIDO DE OVARIO	0	3
ATONIA UTERINA TRANSLEGRADO	0	1
HIPERPLASIA GLANDULAR QUISTICA	0	2
EMB. DE 6 SEM. + CA CU IN SITU	0	1
ABORTO DIFERIDO + PARIDAD SATISFECHA	0	1
ABORTO SEPTICO + PARIDAD SATISFECHA	0	1
ENF. TROFOBlastica GESTACIONAL B.+P.S.	0	2
DISPLASIA LEVE + PARIDAD SATISFECHA	2	2

CUADRO III

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





TIPO DE CIRUCIA

ELECTIVA URGENCIA

100 0

87 13

HTV.

HTA

CUADRO V

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA

	NEG. I	NEG. II	D.L.L.	D.M.	D.S.	CACU IN SITU	TOTAL
HTV.	4	80	7	5	0	4	100
HTA	2	68	4	2	2	9	87

- * D.L. DISPLASIA LEVE.
- D.M. DISPLASIA MODERADA.
- D.S. DISPLASIA SEVERA.

CUADRO XIV

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.

En la HTV se reportan 82% de úteros extirpados por historia de prolapso -- (UEHP), 21% miomatosis; 10% displasia leve; 6% CaCu in SITU; 1% adenocarcinoma de endometrio y 1% tecoma.

En la HTA 25% correspondió a miomatosis; 10% a UEHP; 11% Ca Cu in SITU; 1% - Emb. 6 sem. y Ca Cu in SITU; 10% tumoraciones ováricas benignas; 1% tumora-- ciones ováricas malignas; 7% enf. inflamatoria crónica; 3% enf. inflamatoria aguda. Es importante mencionar que de los 18 casos de Ca Cu in SITU sólo 13 fueron diagnosticados por citología.

En algunas pacientes se encontraron hasta 2 ó 3 diagnósticos importantes, -- por lo que no coincidirá el total de pacientes. (Ver cuadro IV).

CUPULA VAGINAL.

La técnica de reparación para dejar abierta o cerrada la cúpula vaginal de-- pendió de la elección y experiencia del cirujano, a excepción de cuando hubo adherencias, o infección pélvica aguda. La cúpula vaginal se dejó cerrada - en un porcentaje similar en ambos tipos de histerectomía (Ver cuadro VII), - observándose con ésto un incremento en la morbilidad en la HTA, por lo que - debemos tener presente el diagnóstico pre-operatorio para una buena valora-- ción y elección de la técnica.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MANEJO DE GONADAS.

Sólo un 10% de las pacientes de HTV se les practicó salpingooforectomía bila-- teral (SOB) y de ésta el 40% recibió tratamiento substitutivo. En la HTA al 54 % se les practicó sob y de éstas sólo 22.2% recibieron tratamiento substi-- tutivo. (Ver cuadro VIII).

La indicación para SOB dependió de los siguientes factores: Edad mayor de -- los 45 años, aspecto macroscópico de los ovarios, y en algunos casos dependió de la dificultad técnica para su extirpación, por tal fué muy inferior en la HTV. En relación al tratamiento substitutivo a base de estrógenos conjugados a dosis que variaron de .625-1.250mg. por día por 21 días; este se indicó en aquellas pacientes que se les practicó SOB, y posteriormente presentaron sín

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

	HTV	HTA
UTERO EXTIRPADO POR HISTORIA DE PROLAPSO	82	10
HIPERPLASIA QUISTICA ENDOMETRIAL	1	0
ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO	1	0
UTERO DIDELFO + E.I.P.A.	0	1
CONDILOMA PLANO	0	1
CISTADENOMA SEROSO DE OVARIO	0	6
CISTADENOMA MUCINOSO DE OVARIO	0	1
TERATOMA QUISTICO DERMOIDE	0	2
TECOMA	1	0
TUMOR DE CELULAS GRANULOSAS DE OVARIO	0	1
ADENOCARCINOMA ENDOMETORIDE DE OVARIO	0	1
ENDOMETRIOSIS DE OVARIO	0	1

CIADRO IV

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



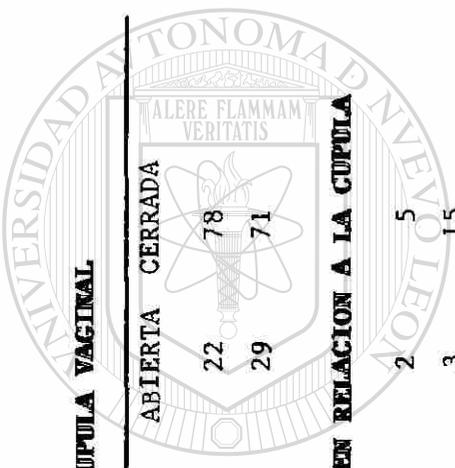
DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

	HTV	HTA
DISPLASIA LEVE	10	6
DISPLASIA MODERADA	4	1
DISPLASIA SEVERA	2	0
CA CU IN SITU	6	11
UTERO GESTANTE (6 SEM) + CA CU IN SITU	0	1
UTERO GESTANTE (MOLA HIDATIDIFORME)	0	1
EMBARAZO ISTMICO	0	1
UTERO POST-ABORTO (ATONIA)	0	1
MIOMATOSIS UTERINA	21	25
ADENOMIOSIS	4	4
ENF. INFLAMATORIA PELVICA AGUDA	0	3
ENF. INFLAMATORIA PELVICA CRONICA	0	7

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





CUPULA VAGINAL

ABIERTA CERRADA

HTV

22 78

HTA

29 71

MORBILIDAD EN RELACION A LA CUPULA

HTV

2 5

HTA

3 15

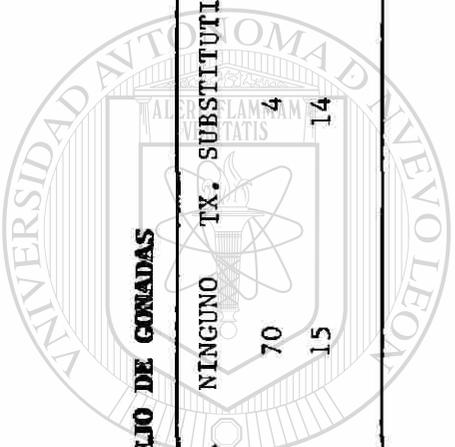
CUADRO VII

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS





MANEJO DE CUNADAS

	SOB.	SOU.	NINGUNO	TX. SUBSTITUTIVO
HIV.	10	20	70	4
HTA	54	31	15	14

CUADRO VIII

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



-tomas climatéricos.

CIRUGIAS ACOMPAÑANTES.

Un gran porcentaje 64% de las HTV se acompañaron de colpoperineorrafia ant--post; un 30% de cistopexia de Kelly; 3% de colectomía; 1% de manguillo vagi--nal y 1% de reopración de lesión vesical.

En la HTA las cirugías acompañantes fueron muy variadas; 5% manguillo vagi--nal; 4% de BURCH; 2% de MARSHALL M.K.; 4% de salpingooforectomía por quiste de ovario; 2% de apendicectomía. (ver cuadro VI).

COMPLICACIONES.

Dentro de las complicaciones las más frecuentes en la HTV como se podrá ver en el cuadro IX, fué la infección de vías urinarias en un 11%, y esto se ex--plica probablemente por el tiempo de permanencia de la sonda vesical, el --sangrado trans-operatorio se observó en 1% y lesión vesical en el 1%.

En la HTA la complicación más frecuente fué la infección de herida quirúrgi--ca (Inf. Hx. Qx.) 9%; el mismo porcentaje en problemas de sangrado; 1% de --perforación de colon y en relación al síndrome febril fué similar para am--bos grupos.

En la HTV se re-intervino sólo a una paciente por sangrado de un pedículo.

En la HTA una por hematoma retroperitoneal; una por hematoma de herida qui--rúrgica; una por cuerpo extraño abdominal (compresa) y una por proceso adher--encial importante.

CIRUGIAS ABDOMINALES PREVIAS:

En la HTV la cirugía previa más frecuente fué la cesárea 5%, continuando en frecuencia apendicectomía en 4%.

En la HTA la más frecuente fué la cesárea, continuando la laparatomía explo--radora en 3%, dos de ella por embarazo ectópico, no se precisa la indicación

CIRUGIAS ACOMPAÑANTES

	HTV	HTA
MANGUILLO VAGINAL	1	5
BURCH	0	4
MARSHALL MARCHETTI KRANTZ	0	2
OMENTECTOMIA	0	2
APENDICETOMIA	0	2
SALPINGOFORECTOMIA POR QUISTE DE OVARIO	0	4
CISTOPEXIA DE KELLY	30	1
COLPOPERINEORRAFIA ANT/POST.	61	0
COLPECTOMIA	3	0
COLECISTECTOMIA	0	1
CIERRE PRIMARIO DE COLON	0	1
REPARACION VESICAL	1	0

CUADRO VI

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



COMPLICACIONES

	HTV	HTA
CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	1
SANGRADO TRANS-OPERATORIO DE 1,000cc	1	5
SANGRADO TRANS-OPERATORIO DE 500cc	2	3
SANGRADO POST-QUIRURGICO DE 500cc	1	0
HEMATOMA RETROPERITONEAL	0	1
HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL	0	1
PERFORACION DE COLON	0	1
SANGRADO DE CUPULA VAGINAL	2	0
PLASTRON ABDOMINAL (PROCESO ADHERENCIAL)	0	1
CUERPO EXTRAÑO ABDOMINAL	0	1
HEMATOMA DE CUPULA VAGINAL	2	0
LESION VESICAL	1	0
INF. DE CUPULA VAGINAL	1	2
INF. DE HERIDA QX.	0	9
SINDROME FEBRIL	4	4
INF. VIAS URINARIAS	11	2
NEUROPATIA FEMORAL	0	1
GRANULOMA DE CUPULA VAGINAL	34	24

REINTERVENCIONES QX: **HTA** 4 **HTV** 1

CUADRO IX

CIRUGIAS ABDOMINALES PREVIAS

	HTV	HTA
CESAREA	5	17
APENDICECTOMIA	4	2
LAPAROTOMIA EXP.	0	3 (2 EMB. ECTO. 1 NO PRECISA)
COLECISTECTOMIA	1	1
HERNIOPLASTIA	3	1
EXERESIS DE QUISTE DE OVARIO	0	1
FIMBRIOPLASTIA	0	1
OCLUSION TUBARIA	16	12
TOTAL	29	38

CUADRO X

de la otra (ver cuadro X).

ESQUEMA DE ANTIBIÓTICOS:

Los esquemas de antibióticos empleados fueron similares para ambos grupos, - siendo el más empleado el de ampicilina, enseguida el de ampicilina más gentamicina.

Las combinaciones de antibióticos hasta de tres, fueron empleados en las pacientes complicadas con infección en herida quirúrgica y aquellas con infección pélvica aguda, no se encontró correlación alguna entre esquema de antibióticos y proceso infeccioso en ambos tipos de histerectomía.

TRANSFUSIONES:

Se observa mayor frecuencia de utilización de sangre en la HTA 6% 1 Unidad - de paquete globular, 4% 2 Unidades de paquete globular en el trans-operatorio, y de la misma manera en el pre-operatorio y post-operatorio, siendo más empleado el paquete globular. (Ver cuadro XII).

SECUELAS PSICOLÓGICAS:

La secuela más frecuente fueron los trastornos digestivos en ambos grupos, - consistiendo éstas en dolor en hipogastrio y meteorismo.

Otra de las secuelas importantes fué la depresión en 2-3%, similar en ambos grupos. (Ver cuadro XIII).

ESTANCIA HOSPITALARIA:

Se observó una mayor concentración en los grupos de 3 y 4 días en ambos grupos de estudio. El incremento del número de días de estancia se observó en mayor proporción en la HTA, debido a la mayor frecuencia en complicaciones, llegando el número de días hasta 30 el máximo. (Ver diagnósticos en el cuadro XV).

ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS

	HTV	HTA
AMPICILINA	69	56
PENICILINA G.S.	4	3
GENTAMICINA	5	3
CEFALEXINA	2	1
PENICILINA G. + GENTAMICINA	1	4
AMPICILINA + GENTAMICINA	14	22
PENICILINA G. + GENTAMICINA + METRONIDAZOL	1	0
CEFALOSPORINAS + AMIKACINA	0	1
GENTAMICINA = METRONIDAZOL	1	0
CEFALEXINA + GENTAMICINA + METRONIDAZOL	0	1
AMPICILINA + KANAMICINA	0	1
TOTAL:	97	98

CUADRO XI

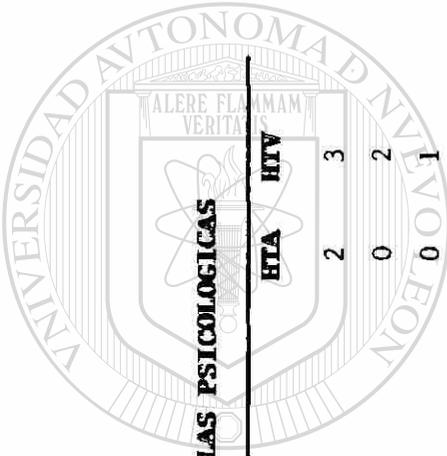
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TRANSFUSIONES

	VOL	HTA	HTV
TRANS-OPERATORIO	1 U SANGRE TOTAL	1	0
	2 U SANGRE TOTAL	1	0
	1 U PAQUETE GLOBULAR	6	2
	2 U PAQUETE GLOBULAR	4	0
PRE-OPERATORIO	1 U PAQUETE GLOBULAR	7	1
	2 U PAQUETE GLOBULAR	4	0
	3 U PAQUETE GLOBULAR	1	0
POST-OPERATORIO	1 U SANGRE TOTAL	1	1
	1 U PAQUETE GLOBULAR	1	4
	2 U PAQUETE GLOBULAR	4	0

CUADRO XII



SECUENCIAS PSICOLÓGICAS

	HTA	HIV
DEPRESION	2	3
CEFALEA	0	2
ANGUSTIA	0	1
TRASTORNOS DIGESTIVOS	15	12
AMNESIA	1	0
INSOMNIO	1	0
ASTENIA	1	0

CUADRO XIII

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



ESTANCIA HOSPITALARIA

NUM. DIAS	NUM. PACIENTES	
	HIV.	HCA.
3	59	30
4	28	41
5	6	12
6	3	1
7	1	1
8	1	2 (1 cierre de colon primario)
9	1	1
10	0	2 (hematoma retroperitoneal) (hematoma de pared abd. evisceración).
11	0	2 (proceso adherencial). (cuerpo extraño).
13	0	1 (inf. cúpula vaginal).
14	0	1 (inf. hx. qx.).
16	0	2 (absceso de pared abd. y cúpula vag.).
19	1	0 (inf. cúpula vag.).
24	0	1 (inf. hx. qx.).
26	0	1 (inf. hx. qx.).
29	0	1 (inf. hx. qx.).
30	0	1 (absceso de hx. qx.).

CUADRO XV

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

La histerectomía abdominal o vaginal es uno de los procedimientos más practicados por el ginecólogo y el cirujano general, observándose un incremento en los últimos años, practicándose actualmente en los Estados Unidos de Norte América alrededor 800,000 histerectomías anualmente.

Es importante mencionar los adelantos y logros a través del tiempo, sus aportaciones, desde el tipo de técnica depurada, evitando dejar demasiado tejido desvitalizado y áreas quirúrgicas cruentas, pinzamientos inadecuados, evitando además pérdidas sanguíneas importantes. La elección del material de sutura desde su calibre, hasta la cantidad empleada, y el tiempo de cateterismo vesical, disminuyendo con esto la morbilidad.

En este estudio comparativo, observamos que sólo un 13% de las HTA fueron de urgencia, mientras que HTV fué cirugía electiva 100%, siendo éste uno de sus requisitos.

Es importante la toma de citología exfoliativa previa a la cirugía, siendo ésta una medida preventiva y básica para la valoración y elección del tipo de histerectomía.

La HTA se realizó en paciente más jóvenes, con promedio de 40 años de edad; mientras que en la HTV de 47 años de edad y que van acorde a las reportadas por otros autores.

Se observó una frecuencia de 5 partos en las pacientes de HTA y 6.6 en las pacientes de HTV.

La HTV fué indicada en el 90% de las pacientes por distopia genital, cabe mencionar que un gran porcentaje tenía otras patologías aunadas de menor importancia, y por tal no justificaban su indicación. La indicación más frecuente en la HTA fué la miomatosis uterina en un 45%, siguiendole la enfermedad inflamatoria pélvica en 15% , Ca Cu in situ 10% y tumoraciones benignas de ovario en 9%, de las cuales se procedió a efectuar HTA, valorando su edad paridad y la desición de la paciente.

La histerectomía como fin exclusivo de esterilización, no procedió por sí sola, sino que hubo patologías a las cuales se aunó dicho diagnóstico, de paridad satisfecha 6%, y por tal motivo se llevó a cabo la HTA, previa desición de la paciente.

El diagnóstico histopatológico más frecuentemente reportado en la HTV fué -

(U.E.H.P.), sin restar importancia a la miomatosis uterina en 21% de los casos, y que por su tamaño pequeño no contraindicó la vía vaginal. En la HTA reportan 25% de miomatosis uterina, siendo ésta patología más frecuente. Es importante señalar que debido a que algunas pacientes contaron con dos o tres diagnósticos, no se logró hacer una buena correlación clínica anatomopatológica.

Es de interés mencionar que 5 de los 18 casos de Ca Cu in situ no fueron detectados con citología exfoliativa.

La morbilidad varió siendo un 32% para la HTA y 25% para la HTV, y esto dependió de la técnica empleada por el Ginecólogo, siendo la extrafacial en 100%, además en relación a la cúpula vaginal, observamos un incremento mayor de complicaciones en las que se dejó cerrada la cúpula vaginal en la HTA, por lo que debemos tener presente al momento de su elección.

La utilización de antibióticos por más de 5 días, administrándose posterior a la cirugía, por lo que no se cumple con el requisito para considerarlo profiláctico. Cuando se usaron esquemas combinados, en ocasiones dichas combinaciones fueron elegidas con antibiograma, ya que en algunos casos se encontró resistencia a los antibióticos empleados usualmente.

Como mencionan varios autores, se debe ser cautos con el manejo de los ovarios, efectuándose SOB sólo en aquellas pacientes mayores de 45 años, aunque no se han establecido bien las consecuencias en relación a un incremento de enfermedades cardíacas; sin embargo debemos respetar la fisiología orgánica y así evitaremos grandes consecuencias.

Las cirugías acompañantes fueron más importantes en la HTV acompañándose por lo común de citopexia de Kelly y colpoperineorrafia posterior.

Fué muy relativo el antecedente de cirugías abdominales previas para la elección de la vía de acceso, tomándose más en cuenta el descenso uterino, su tamaño, presencia de adherencias "movilidad uterina".

El uso de sangre y sus derivados, se observa en una proporción baja, la cual se requirió sobre todo en el pre-operatorio en pacientes anémicas, y en otras ocasiones por complicaciones trans-operatorias.

El promedio de estancia hospitalaria fué de 3-4 días la gran mayoría, repercutiendo en ésta todas aquellas pacientes complicadas, las cuales alargaron su estancia hasta 30 días, elevando a la vez los costos hospitalarios.

Las secuelas psicológicas más importantes observadas en éste grupo fué la —

depresión, observándose en 2 - 3 % ambos grupos; no se investigó acerca de disminución en la actividad sexual y otras manifestaciones somáticas de depresión.

Se debe tener presente que la recuperación de ésta intervención puede ser lenta, y vá desde una aceptación total hasta estados depresivos graves, sobre todo en la HTA de urgencia.

Es imperativo concientizar a la paciente, y explicar detalladamente el procedimiento, evitandose así el número de secuelas psicológicas y sexuales.

Se debe recordar siempre que éste tipo de cirugía no deja de ser un procedimiento mutilante.

Las consideraciones de la calidad de vida juegan un papel importante en la decisión de la mujer para practicarse la histerectomía; entonces los riesgos y beneficios anticipados y las probabilidades de éxito podran ser evaluados más propiamente por la paciente y su médico.

Debemos tener presente que aunque la histerectomía vaginal presenta menor número de complicaciones y por tal, dichas pacientes tienen mejor pronóstico, se deberá recordar que cada tipo de histerectomía tiene sus indicaciones y sus cirugías acompañantes, individualmente pensando en el pronóstico de la paciente, mediante una valoración completa e integral de la paciente.

..... El médico empleará métodos científicos, desmembrará en algún momento a su paciente..... aislando, por ejemplo, su corazón o su útero, y observando sus actividades en condiciones muy especializadas..... pero al final, debe reunir todas éstas en su "diagnóstico". Este diagnóstico en su concepción total de las relaciones existentes entre el enfermo como persona, la enfermedad como parte del enfermo y éste como parte del mundo en el que vive.

THOMAS ADDIS.

BIBLIOGRAFIA

- i.
1. A. CULLEN RICHARDSON: Abdominal Hysterectomy: Relationship between morbidity and surgical technique. Am. J. Obstet. Gynecol. 115,953,1973.
2. ANANTH, J: Hysterectomy and depression. Obstet. Gynecol. 52,724,1978.
3. CAROLYN B. COULAN: Vaginal hysterectomy. Is previous pelvic operation a contraindication: Am. J. Obstet. Gynecol. 116,252,1973.
4. CECILIA C. SENIOR: Are preoperative antibiotics helpful in abdominal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 154,1004,1986.
5. DONALD E. MARSDEN: Factor affecting the incidence of infections morbidity after radical hysterectomy: Am. J. Obstet. Gynecol. 152,817,1985.
6. CHARLES L. EASTERDAY: Hysterectomy in the United States: Obstet Gynecol. 62,203,1983.
7. GATH D: Hysterectomy and Psychiatric Disorder II: Demographic and physical factors in relation to psychiatric outcome. Br. J. Psychiatry. 140:343,1982.
8. GRACE W. K. TANG: Reactions to emergency hysterectomy: Obstet. - - - Gynecol. 65, 206, 1985.
9. HASSAN AMIRIKIA: Ten-Year Review of hysterectomy; Trends, Indications and Risks: Am. J. Obstet. Gynecol. 134,431,1979.
10. JOSE ROBERTO AHUED A: Morbilidad en histerectomía abdominal. Informe de 500 casos; Ginecología y Obstetricia de México; 52,175,1984.
11. JOSEPH T. CHAMBERS: Immediate versus delayed hysterectomy for endometrial carcinoma: Surgical morbidity and hospital stay. Obstet. Gynecol. 65,245,1985.
12. JORGE DELGADO URDAPILLET A: Histerectomía abdominal, estudio de 300 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 50,57,1982.
13. PAUL C. NEHRA: Pregnancy after vaginal hysterectomy. Obstet. Gynecol. 64,735,1984.
14. PAUL D. MINTZ: Preoperative cross match. Ordering and blood use selective hysterectomy. Obstet. Gynecol. 65,389,1985.
15. PHILIP COLE: Elective hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 129,117,1977.
16. PHILLIS A. WINGO: Mortality risk associated with hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 152,803,1985.
17. RAMIRO REYNA HINOJOSA: Histerectomía abdominal extrafacial Vs intrafacial, estudio comparativo: Ginecología y Obstetricia de México, - 54,236,1986.

18. RICHARD C. DICKER: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the united states. Am. J. - Obstet. Gynecol. 144,841,1982.
19. ROBERTO NAVA Y SANCHEZ: Morbilidad en la histerectomía abdominal. - Ginecología y Obstetricia de México. 34,337,1973.
20. ROGER I. HASSID: Indications and contraindications for vaginal hysterectomy. Clinical Obstet-Gynecol. 15,697,1972.
21. ROY M. PITKIN: Abdominal hysterectomy in obese women. Surgery Gynecol, Obstetrics: 142,523,1976.
22. ROSEMBERG L. HENEKEUS. Erly menopause and the risk of miocardial in farction. Am. J. Obstet. Gynecol. 139,47,1981.
23. S.E. BARTON: Direction of chlamidia trachomatis in the vaginal vault of women who have had hysterectomies: British Medical Journal. 29,2501985.
24. STEPHEN H. CRUIKSHANK: Surgical metho of identifyng the ureters during total vaginal hysterectomy; Obstet. Gynecol. 67,277,1986.
25. WILLIAM A. PETERS III: The selective use of vaginal hysterectomy in the magnamente of adenocarcinoma of the endometrium. Am. J. Obstet. Gynecol. 146,285,1983.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

