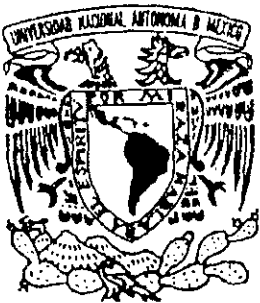


11217

72.
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

HISTERECTOMIA GINECOLOGICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DR. J. ROBERTO AHUED AHUED
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

Jose Roberto Ahued Ahued

DIRECCION DE ENSEÑANZA

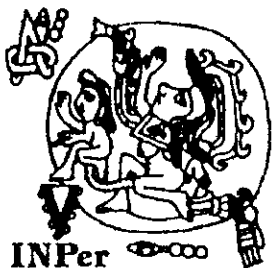
T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

JOSE ROBERTO SILVESTRI TOMASSONI



INPer

0278931

PROFESOR TITULAR
DR. JOSE ROBERTO AHUED AHUED

TUTOR.
DR. CARLOS QUESNEL GARCIA BENITEZ

MÉXICO, D. F.

1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
POR CONTRIBUIR A MI FORMACION PROFESIONAL
Y DARMER LA OPORTUNIDAD DE SUPERARME.

GRACIAS.

AL DOCTOR CARLOS QUESNEL GARCIA BENITEZ
POR SU CONFIANZA Y COLABORACION PARA
LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

GRACIAS

A LA DOCTORA IRMA CORIA SOTO Y A LA
MAESTRA MARCELA ZAMBRANA CASTAÑEDA
POR SU GRAN APOYO INCONDICIONAL.

GRACIAS.

**A MIS PADRES, POR IMPULSARME Y APOYARME
EN TODO MOMENTO A LO LARGO DE MI VIDA
PARA ASI LOGRAR MIS METAS COMO SER
HUMANO COMPLETO.**

GRACIAS.

**A MIS HERMANOS, FAMILIARES Y AMIGOS
POR SER LA FUERZA QUE ME
GUIA E IMPULSA A SEGUIR.**

GRACIAS.

**A VERONICA GONZALEZ DELGADO:
POR SU CARIÑO AMOR Y COMPRESION.
POR SER COMO ES, POR TODO SU APOYO.**

GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	5
GENERALIDADES	6
BENEFICIOS Y RIESGOS	7
INDICACIONES	9
COMPLICACIONES	13
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	18
DISCUSION	36
BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUCCION.

En la relativa larga historia del hombre, la cirugía ha tenido un desarrollo reciente. El abdomen fue deliberadamente abierto para remover un quiste por Ephraim McDowell en 1809. La primera histerectomía abdominal fue realizada por Charles Clay en Manchester, Inglaterra en 1843, extirpó un útero fibromatoso, la paciente, inicialmente había tenido una buena evolución, pero falleció el 15° día postoperatorio; desafortunadamente el diagnóstico fue equivocado. No fue hasta 1853 cuando Ellis Burnham de Lowell, Massachusetts presentó una paciente a la cual le realizó histerectomía abdominal, y ésta sobrevivió; mientras operaba, se vió obligado por las circunstancias a extirpar el útero, sin que ésta fuera su intención. En realidad, se había abierto el abdomen para eliminar lo que inicialmente creyó fuera un quiste ovárico. Repentinamente la enferma comenzó a vomitar y provocó el prolapso del útero fibromatoso a través de la incisión. El cirujano francés en su intento de regresarlo a su lugar sin éxito no tuvo más remedio que extirparlo, más sin embargo el diagnóstico fue incorrecto. Al sobrevivir ésta paciente esto lo alentó a seguir realizando histerectomías, más sin embargo de sus 15 casos subsiguientes sólo sobrevivieron tres.

Después de los fracasos en relación con las amputaciones cervicales como tratamiento del cáncer cervical, se efectuaron histerectomías simples con resultados desalentadores. En 1895 Emil Reis, de Chicago, proyectó una operación abdominal radical, acompañado de disección de ganglios linfáticos pelvianos, que previamente había practicado en perros.

En ese mismo año, Clerck, utilizó la misma técnica en la mujer. Tres años más tarde, Wertheim, de Viena, comenzó a realizar el mismo tipo de histerectomía abdominal radical, popularizándose en Europa y, en menor grado en Estados Unidos; desde entonces su nombre esta asociado con este tipo de intervenciones. Wertheim, observó una morbimortalidad significativa, debido a necrosis ureteral. El porcentaje de mortalidad de la operación se calcula aproximadamente del 10%. Algún éxito se alcanzó cuando la enfermedad estaba limitada al cérvix (1).

En la década de 1940, en el Hospital General de Massachusetts, Maigs volvió a poner en vigencia el tipo de operación proyectada por Wertheim, e incluso la desarrolló. Demostró que en manos expertas, el procedimiento podía llevarse a cabo con un índice de mortalidad no mayor del 1%. Sin embargo, no logró reducir de manera apreciable la alta frecuencia de fistulas.

Durante los últimos 40 años, se ha producido un cambio gradual de la histerectomía abdominal subtotal o total, para el tratamiento de la enfermedad benigna. Uno de los avances que ha contribuido de gran manera a la seguridad de la histerectomía total y subsecuente prevención de fistulas, fue la extirpación intrafascial del útero descrito por E. M. Richardson de Baltimore en 1929, considerada como técnica de histerectomía abdominal clásica y constituye el mejor método utilizada para intervenir quirúrgicamente enfermedades pélvicas benignas.

El tratamiento del aparato genital en la mujer, ha experimentado cambios desde su manipulación por los antiguos con fumigación, miel y compresas médicas. Todavía se utilizan de cuando en cuando diversos tipos de pesarios o dispositivos vaginales, pero la reparación quirúrgica, se ha erigido en la forma principal de tratamiento de este proceso, que cabe considerar básicamente como una forma de hernia. La histerectomía vaginal data de tiempos ancestrales. El procedimiento fue desarrollado por Soranus de Efeso 120 años A.C. Existen múltiples reportes de su realización sobretodo en prolapsos uterinos y los pacientes raramente sobrevivían. Se considera a Langenbeck de Gottinger, a Baudelocque de Francia y a Siander de Gottinger como los principales propulsores de la histerectomía vaginal a principios de 1800's. Las primeras operaciones a menudo satisfactorias, fueron ejecutadas probablemente para casos graves de prolapso, como la enferma de Esselman (1843), que había sido diagnosticada como un gran pólipo. Durante el siglo XIX se publicaron buen número de informes sobre histerectomía vaginal para enfermedades malignas de útero, culminando con Schauta (1890), quien se refirió a 65 operaciones con cinco muertes. Fue Mayo en 1915 quien aconsejó la operación para el tratamiento del prolapso y Heaney en 1934 y la escuela de Chicago, estimularon la ejecución de éste método en Estados Unidos. En Inglaterra, fueron decididos defensores de la histerectomía vaginal Green-Armytage (1939), Palmer (1948), Gwillim (1950) y desde luego Hawksworth y Roux (1958), los cuales con excepción de Green-Armytage, prefirieron ejecutar la operación en presencia de prolapso (2).

Las histerectomías realizadas en su principio fueron tomadas con escepticismo, ya que raramente los pacientes sobrevivían, muriendo éstos de hemorragia, peritonitis y sépsis. Realizándose éstos sin anestesia, con una mortalidad del 70%.

La histerectomía comenzó a ser segura con la introducción de la anestesia, antibióticos, antisepsia, transfusiones sanguíneas y terapia intravenosa. En 1930 Richardson introdujo la histerectomía abdominal total, evitando así las descargas sanguíneas por el cérvix remanente y evitando así el riesgo de cáncer cervicouterino posterior. Aparte de la innovación, y la incisión transversa introducida por Pfannenstiel en 1920, han existido pocos avances en las técnicas de histerectomía, hasta el advenimiento del endoscopio y la realización de la primera histerectomía laparoscópica por Harry Reich en Kingston, Pensilvania en 1988.

El refinamiento y la seguridad de la histerectomía laparoscópica sugieren que ésta será usada con un incremento importante en el futuro.

La histerectomía es la operación mayor más común realizada en la mujer. Se ha observado una pequeña reducción el uso de la histerectomía con el advenimiento de nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la menorragia y la fibromatosis uterina, y presentando una tendencia hacia su continuación. Además la actitud de la mujer ha cambiado, siendo ésta más conservadora e imprimiéndole al útero no sólo un papel en la reproducción, sino como un órgano que debe ser conservado ya que los efectos emocionales adversos que esto ocasiona son importantes. La histerectomía abdominal en el siglo pasado se asoció con una alta mortalidad. En la actualidad dicha cirugía es relativamente segura, presentando una muerte en 2000 procedimientos realizados.

Los índices por complicaciones entre las diferentes técnicas quirúrgicas son similares. La satisfacción de la mujer después de la histerectomía es alta, recomendándola el 90% de las pacientes (3).

OBJETIVOS.

Tomando en cuenta el papel que debe desempeñar la histerectomía como procedimiento dentro del arsenal quirúrgico del ginecoobstetra; se llevó a cabo una revisión en el Instituto Nacional de Perinatología sobre histerectomía ginecológica (abdominal, vaginal y vaginal asistida laparoscópicamente) en un periodo comprendido del 1.V.1998 al 31.IV.1998, en forma retrospectiva. Para así poder analizar y correlacionar los diferentes resultados obtenidos.

De esta manera se marcaron algunos objetivos:

1. Conocer el tipo de población atendida en el Instituto Nacional de Perinatología a la cual se le realiza histerectomía ginecológica en cualquiera de sus modalidades, y correlacionarlas entre sí.

2. Analizar los resultados obtenidos en el Instituto Nacional de Perinatología, en forma retrospectiva sobre las indicaciones, técnicas quirúrgicas utilizadas, procedimientos quirúrgicos realizados concomitantemente, complicaciones y sucesos relacionados entre las diferentes técnicas de histerectomía; relacionándolo con la literatura médica existente en el ámbito mundial.

3. Correlacionar los diagnósticos clínico, ultrasonográfico y patológico realizados pre, trans y postquirúrgicamente en las pacientes sometidas a histerectomía.

4. Tratar de establecer el papel que ocupa cada técnica de histerectomía en el Instituto Nacional de Perinatología, correlacionándolo con la literatura médica existente.

5. Efectuar una revisión general de la bibliografía nacional e internacional en lo referente a histerectomía.

GENERALIDADES.

La histerectomía es una de las operaciones mayores más comunes; de 1993 a 1994, 72362 histerectomías se realizaron por los Servicios Nacionales de Salud en Inglaterra, comparadas con las 592000 realizadas en 1990 en Estados Unidos; existiendo una alta diferencia de rangos entre los diferentes países, siendo la más alta la presentada por E.U.A en comparación con Noruega, Suecia e Inglaterra.

Tratando de explicar las diferentes variaciones entre los países, se han examinado un gran número de factores; estos incluyen las características de los pacientes, las variaciones en la habilidad de los médicos, los riesgos-beneficios hacia las pacientes, el limitado arsenal de tratamiento médico no quirúrgico, etc. (4).

En la actualidad, la histerectomía vaginal o abdominal, tiene un lugar definitivo dentro de la terapéutica quirúrgica ginecológica como intervenciones que no deben ofrecer problemas para su ejecución, y sobre todo, con indicaciones precisas que lejos de oponerse se complementan (5).

Lo fundamental es el criterio juicioso con que se deben valorar cada problema en particular, para así indicar la mejor técnica quirúrgica.

BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA HISTERECTOMIA.

La histerectomía es una operación exitosa en términos generales, ya que la mayoría de las pacientes tienen un alivio significativo de su sintomatología, con un alto grado de satisfacción.

Existen muchas razones para esto; el riesgo de mortalidad es bajo (1 a 2/1000). El riesgo de complicaciones menores es alto 24.5 Y 42.8% para la vía vaginal y abdominal respectivamente. Las complicaciones inmediatas postoperatorias son (vía vaginal vs vía abdominal): hemorragia que requiere transfusión (8.3 vs 15.4%), lesión intestinal (0.3 vs 0.6%), lesión vesical (0.3 vs 1.6%), lesión ureteral (0 vs 0.3%), morbilidad febril (15.3 vs 32.3%), eventos que amenacen la vida del paciente (0 vs 0.4%), retención urinaria ((15.0 vs 4.8%) y dehiscencia de herida (0 vs 0.2%) (1,6,7).

La histerectomía laparoscópica o bien la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente han sido recientemente introducidas, como una alternativa a la histerectomía vaginal. Subsecuentes estudios controlados han mostrado un menor riesgo de complicaciones, reducción en los requerimientos de analgesia, corta hospitalización y más rápida recuperación que la histerectomía abdominal. Más sin embargo al comparar con la histerectomía vaginal, el tiempo quirúrgico es mayor, sin ningún beneficio en términos generales. Además el utilizar instrumentos desechables sofisticados hace de ésta modalidad más costosa (8,9).

Se necesitan en términos generales de 4 a 7 días de estancia hospitalaria para una histerectomía abdominal, 2 a 4 días para una vaginal o para una laparoscópica, con una convalecencia de 6 a 12 semanas.

El costo que implica la operación al sistema de salud y en términos generales a la sociedad es alto, se estima que en Inglaterra el costo por paciente es de 1200 Libras esterlinas, con un total de 70 millones de Libras por año para el Sistema de Salud. Sin contar el financiamiento que deben soportar las familias y los empleadores. No existe en México ningún estudio sobre el costo que implica esto para el país.

Además existen múltiples reportes en la literatura que mencionan síntomas posteriores a la operación como son: dispareunia, disminución de la libido, síntomas vasomotores (bochornos, etc.), disminución del apetito, constipación, ganancia ponderal, dolor lumbar, y problemas urinarios. Se cuentan con múltiples estudios que hacen mención sobre problemas psicológicos generados por la histerectomía, los cuales tienen resultados variados; los reportes tempranos mencionan hasta un 70% de disturbios psiquiátricos, pero estudios más recientes no han reportado esto, por el contrario mencionan una disminución de alteraciones psiquiátricas en el grupo de pacientes a las que se realizó histerectomía (10).

Se han mencionado algunas pacientes que presentan sintomatología intestinal denominado como "Síndrome de Ogilvie", descrito inicialmente en 1948, el cual consiste en una aguda, y masiva dilatación del intestino delgado, sin presentar obstrucción mecánica alguna, hasta la fecha la causa de este síndrome no es reconocida. Ogilvie sugiere un desbalance entre la inervación simpática y parasimpática del colon. Así mismo se ha asociado con otras condiciones como son cesárea-histerectomía y sépsis. La alta mortalidad que presenta (35 a 72%) asociado con éstas condiciones hacen imperativo el diagnóstico oportuno y un apropiado tratamiento (11).

La histerectomía es la segunda operación mayor realizada en los E.U.A, realizándose 590,000 procedimientos anualmente; las principales indicaciones para su realización son: leiomiomas uterinos, sangrado uterino anormal, endometriosis, dolor pélvico y prolapso de órgano pélvico. En la mayoría de los casos, la histerectomía es una terapéutica adecuada, pero en un menor grupo de pacientes, existen alternativas no tanto radicales, que pudieran ofrecerse, teniendo a la histerectomía como una solución definitiva secundaria. Los leiomiomas uterinos pueden ser manejados expectativamente si la sintomatología no es tan marcada, incluyendo como alternativas de tratamiento la remoción endoscópica o destrucción de los miomas, embolización arterial de los mismos, o bien terapia hormonal para inhibir el sangrado (anticonceptivos orales, danazol y agonistas GnRH). La endometriosis y el sangrado uterino anormal ocasionado por los leiomiomas pueden ser tratados con terapia hormonal (anticonceptivos orales, etc.). El dolor pélvico es una entidad que debe ser abordada con acuciosidad, ya que éste puede ser debido no necesariamente por patología pélvica uterina, sino por alguna alteración pélvica intestinal, vesical, ureteral, etc.; siendo necesario su tratamiento correcto para resolver este problema. El prolapso de órgano pélvico puede resolver sintómicamente a la realización de ejercicios del piso pélvicos, o al uso de pesarios. Otras alternativas a la remoción del útero son discutidas, el informar a la paciente sobre estas alternativas hacen de la relación medico-paciente más satisfactoria. Y el decidirse por ésta es una decisión que debe tomarse en conjunto (12).

Finalmente, para muchas mujeres la histerectomía posee una amenaza para su feminidad, razón por la cual existen muchas revistas en las cuales hacen resaltar a los métodos médicos conservadores como una gran alternativa antes de someterse a cirugía (13).

INDICACIONES.

La histerectomía abdominal está indicada cuando se considere necesario extirpar el útero y existe alguna contraindicación para efectuarlo por vía vaginal. Una histerectomía vaginal ejecutada apropiadamente, es el mejor medio para reseca el útero, sobre todo en pacientes que tienden a la obesidad.

La histerectomía abdominal se realiza de preferencia sobre la histerectomía vaginal en los siguientes casos:

- Cuando el diagnóstico es dudoso.
- Cuando se precisa una exploración de la cavidad abdominal.
- Cuando el útero es excesivamente grande.
- Cuando se precisa realizar una apendicectomía u otra cirugía sobre el intestino.
- Cuando existe una historia previa de peritonitis inflamatoria grave o de endometriosis extensa.
- En presencia de ascitis.
- En presencia de quistes ováricos neoplásicos.
- Durante la gestación.

Las indicaciones para histerectomía abdominal pueden clasificarse en dos grandes grupos a saber: enfermedades benignas y malignas que afectan a órganos pélvicos. La indicación benigna más frecuente para histerectomía abdominal fue leiomiomas o fibromas uterinos. En caso de fibromas uterinos, existen dos indicaciones para la histerectomía: síntomas o incapacidad secundaria a los fibromas o a cambios advertidos a la exploración. El dolor, las molestias, la compresión y la hemorragia son los síntomas que ponen a la paciente en sobre aviso de que exista un tumor. Si hay cambios rápidos de volumen de los tumores, debe sospecharse degeneración maligna y se aconseja la histerectomía. La hemorragia y la anemia secundaria, son indicaciones que pueden exigir histerectomía. El volumen por sí mismo es indicación valedera para histerectomía.

La hiperplasia de endometrio que incluye a los casos catalogados como sangrado uterino disfuncional sometido a tratamiento radical después del fracaso de la terapéutica conservadora, es la segunda causa más común de la histerectomía abdominal. La paciente que sangra después de la menopausia; la hiperplasia adenomatosa difusa, la hiperplasia adenomatosa localizada, el adenoma maligno y el carcinoma in situ del endometrio son probablemente grados del mismo proceso o estado, y debe tratarse con histerectomía, unas inmediatamente y otras si persiste después de la terapéutica hormonal indicada.

La incidencia de adenomiosis que inclusive aumenta después del examen histopatológico de la pieza, lo cual indica que este diagnóstico debe tenerse presente para su mejor valoración.

La endometriosis es otra enfermedad que afecta a los órganos pélvicos y puede exigir histerectomía. Si la mujer tiene los hijos ya deseados y la endometriosis es sintomática, los procedimientos de elección son: histerectomía total abdominal y salpingoovariectomía bilateral (14).

Durante las tres últimas décadas pasadas, las indicaciones para la histerectomía se han extendido con un aumento en la frecuencia de la cirugía para alivio de los síntomas de esterilización.

La infección que exige histerectomía guarda relación, en la mayor parte de los casos con los anexos, aunque de cuando en cuando hay abscesos de tipo uterinos y pélvicos que exigen extirpar el tejido enfermo. La tuberculosis endometrial, la salpingitis crónica complicada con hidrosalpinx que requieren extirpación de los ovarios. Si se necesita ovariectomía o esterilización a causa de enfermedad de los anexos, el útero debe extirparse. En la paciente de edad avanzada con un tumor o quiste no maligno de ovario, algunos cirujanos consideran oportuno la histerectomía y la salpingooforectomía bilateral. La histerectomía es un tratamiento adecuado cuando el diagnóstico de mola hidatiforme persistente se realiza en pacientes de 40 años o más, de alta paridad o que no deseen más gestaciones. La histerectomía, sin embargo, no elimina la necesidad de un régimen de control posterior. Si se indica una histerectomía, se realizará en el tercer día de la quimioterapia, o si se hace por que falla el tratamiento inicial, en el tercer día del segundo ciclo. El carcinoma de endometrio se trata con histerectomía extrafacial con salpingooforectomía bilateral. Por varias décadas se han sugerido dos opciones de tratamiento para los estadios tempranos de cérvix que sin la terapia de radiación y la cirugía radical. La supervivencia es similar entre los dos métodos. Las complicaciones son diferentes, pero numéricamente similares. El tratamiento operativo permite una estimación más fidedigna de la extensión de la enfermedad y su pronóstico con una correcta estadificación; así como la oportunidad de planear un tratamiento alternativo o una sesión ulterior de radioterapia si es preciso (5).

El aumento de los riesgos de la histerectomía como una alternativa de esterilización tubaria es inaceptable.

Al punto de vista de realización de histerectomía se oponen la observación bien documentada de que la histerectomía electiva determina costos muy elevados y que además puede tener efectos impredecibles vasculares, metabólicos y psicológicos.

Indicaciones absolutas para la histerectomía vaginal: el prolapso uterovaginal asociado con enfermedades benignas, cuando el volumen del útero no es superior al correspondiente a un embarazo de 12 semanas. Si el útero requiere resección por la presencia de pequeños fibromas, hemorragia disfuncional o dismenorrea rebelde, y existe prolapso concomitante, la vía más indicada sería la vaginal (15).

Indicaciones discutibles: el método alternativo a veces postulado en Inglaterra, es la operación de Fothergill, si bien debemos admitir que, en las formas menos graves del prolapso pueden lograrse resultados satisfactorios, tiene algunos inconvenientes.

La enfermedad uterina sin prolapso aparente, parece ser la indicación más discutible. Muchas pacientes con enfermedades uterinas benignas que requieren histerectomía, son sometidas a una intervención abdominal cuando puede ejecutarse por vía vaginal. La mayoría de las mujeres multiparas tienen suficiente laxitud en la bóveda para permitir histerectomía vaginal. Existe a menudo cierto grado de laxitud vaginal asociado, que facilita la corrección durante el acto operatorio. Gray en 1963 resumió las ventajas de la vía de acceso vaginal sobre la abdominal, que principalmente derivan de la ausencia de herida abdominal y del hecho de no perturbar para nada el intestino, de modo que son mucho menores las molestias y más fácil la ambulación y además se evitan las complicaciones inherentes a una herida abdominal. Se reduce también el tiempo de la operación y la permanencia de la enferma en el hospital. En mujeres obesas la histerectomía abdominal implica un mayor riesgo de morbilidad.

Si bien son indudables las ventajas de la operación vaginal, la complicación principal y más temida es la aparición subsiguiente de enterocele o de hernia del fondo de saco de Douglas con prolapso de la bóveda o sin él. Con una frecuencia de 8.5% enteroceles al cabo de más de un año de 246 operaciones ejecutadas por vía vaginal (Hawkswort y Roux en 1958). Después de modificar su técnica para incluir una reparación aponeurótica alta, no encontraron ningún caso de enterocele. Así mismo, se ha demostrado que la operación de Symmonds-Pratt es muy útil para la corrección del prolapso de cúpula vaginal (16).

Desde el punto de vista de técnica operatoria, en la histerectomía abdominal básicamente existen dos técnicas: la extrafascial y la subfascial.

En la revisión realizada por Reyns y col., no encontraron una diferencia significativa estadísticamente entre la morbilidad observada entre la histerectomía abdominal extrafascial y subfascial; las complicaciones urinarias se presentaron por igual. Pensaron que el factor que interviene primordialmente en la morbilidad es el grado de habilidad y experiencia del cirujano. Se considera que la histerectomía extrafascial presenta más morbilidad y sobre todo complicaciones de lesiones vesicales y ureterales comparadas con la técnicas subfascial.

Cuando se realiza la extracción total del útero debido a enfermedad benigna la operación de elección es la técnica subfascial. La histerectomía subfascial y la histerectomía vaginal ofrecen muchas ventajas. El daño al tracto urinario o intestino es mínimo. La separación y luego unión de la fascia pericervical permite una hemostasia más eficiente, oclusión del espacio muerto, disminución del área de superficie cruenta y separa la cúpula vaginal del espacio retroperitoneal. Estos son los factores principales en la prevención de infecciones postoperatorias. La histerectomía subfascial mantiene la compleja relación entre la fascia endopélvica y la vagina. La técnica subfascial está diseñada para proporcionar una protección máxima contra la lesión de los ureteres, vejiga y

recto, pero sobre todo que quede intacto el sistema ligamentario paracervical y el retinaculum uteri, con lo cual se reduce a casi 0% el riesgo de prolapso.

Los motivos para seleccionar la técnica estra fascial son dos: primero, facilita técnicamente la extracción del tercio o cuarto superior del canal vaginal, donde puede aparecer enfermedad recurrente; segundo, asegura la extracción de la red lagunar subserosa de linfáticos que rodean todo el cérvix y el estroma cervical. La técnica estra fascial es la de elección para extraer el útero cuando la operación se realiza con displasia grave, carcinoma in situ o carcinoma microinvasor del cérvix o carcinoma de endometrio.

Excepto en casos raros, cuando a juicio del cirujano la extirpación del cérvix pudiera ser peligrosa, el cuerpo uterino y el cérvix deberán ser extirpados. La histerectomía supracervical se lleva a cabo en raras ocasiones. Es común que el cirujano realice una amputación subtotal del fondo uterino en forma rápida, cuando encuentra dificultades operatorias, o cuando el anestesiólogo le informa que el estado de la enferma es crítico, las indicaciones de la histerectomía subtotal deberían basarse únicamente en el riesgo quirúrgico de este procedimiento adicional. Puede decirse que la operación subtotal debería realizarse cuando el peligro de extraer el cuello excede al de dejarlo.

Son diversas las opiniones de sí el muñón cervical se debe cerrar o dejar abierto. Se menciona que siempre se debe suturar, excepto si hay foco infeccioso o cuando la hemostacia es deficiente y se requiere drenar (10).

COMPLICACIONES.

Del estudio preoperatorio completo a que deben someterse las pacientes, se derivarán los mejores resultados y desde luego las complicaciones serán también menos frecuentes en base a una mejor técnica quirúrgica y vigilancia del postoperatorio. Las complicaciones pueden ser inmediatas o tardías. Las inmediatas son aquellas que se presentan en el trasquirúrgico o primeras 48 horas del postoperatorio y tardías, aquellas que lo hacen después de este límite. Las complicaciones inmediatas son: fiebre, hematuria, infecciones del tracto urinario, hemorragia y lesiones directas o indirectas del aparato urinario. Las tardías más frecuentes son: dehiscencia de pared abdominal, fistulas vesico o uretero vaginales, absceso de cúpula vaginal, enfermedad tromboembólica y se mencionan también el prolapso de cúpula vaginal.

La tasa general de complicaciones es mayor en la histerectomía abdominal que en la vaginal. Los hallazgos de complicaciones, fueron en la histerectomía abdominal 70% mayor que en la histerectomía vaginal. Apareciendo con más frecuencia complicaciones graves como ileo, peritonitis, complicaciones pulmonares y otras.

La morbilidad febril es la complicación más frecuente, tanto para la histerectomía abdominal, como para la histerectomía vaginal. La morbilidad de la histerectomía abdominal varía desde un 20% hasta 50%, señalándose entre los más frecuentes la fiebre y la hemorragia. Hemos de señalar que en la mayoría de las ocasiones la fiebre cede en forma espontánea dentro de las primeras 48 horas y cuando persiste, suele ser producida por hematomas cuyo sitio más común es el muñón vaginal o la pared abdominal. Los antibióticos profilácticos reducen claramente la incidencia de morbilidad febril, especialmente cuando hubo previo a la operación. Drenaje a través de una cúpula vaginal abierta puede ofrecer una reducción similar de la morbilidad sin las complicaciones relacionadas con el uso de antibióticos.

Los daños ureterales ocurren durante la histerectomía de un 0.1 a 2.5%. En la histerectomía radical el daño ureteral es de 10 a 15%.

La incontinencia urinaria de esfuerzo, puede ser resultado de la amplia resección de la vagina con pérdida asistente de apoyo. La resección del tercio superior de la vagina, así como la base del ligamento ancho y ligamentos uterosácras, también pueden dañar los nervios pélvicos y pudendos, resultando en un deterioro del mecanismo esfinteriano dando la pérdida del tono muscular periuretral. La incontinencia de la vejiga o la fuerza inestable de la vejiga, puede ser una de las primeras etapas de disfunción del tracto urinario. Estos cambios han sido atribuidos a irritabilidad de la vejiga, irritabilidad del nervio, y cateterismo vesical. La persistencia por más de un año, sin embargo sugiere una etiología neurológica.

La dispareunia ocurre después de una histerectomía total si se fijan los ligamentos redondos a la cúpula vaginal o por la fibrosis de los parametrios. El prolapso se puede evitar empleando métodos complementarios, sobre todo en casos de mayor probabilidad de riesgo.

El riesgo de muerte por histerectomía es bajo. Se ha reportado embarazo subsiguiente a histerectomía, el embarazo sigue el curso de una gestación ectópica tubaria si la nidación se lleva a cabo en la trompa y puede desarrollarse como un embarazo abdominal, si la implantación ocurre en el abdomen. En 31 pacientes se ha comunicado el embarazo ovárico posthisterectomía. (17).

Durante la histerectomía, la conducta respecto a los ovarios es variable, anteriormente, la práctica era quitar los ovarios aparentemente normales en mujeres de 40 a 44 años, durante la histerectomía. Actualmente se sabe que los ovarios siguen funcionando aún en el climaterio y que en esta época hay actividad secretoria que tiene importancia para la mujer. La posibilidad de malignización en los ovarios es poco frecuente. La remoción de ambos ovarios como previsión de cáncer, para castrar, particularmente en mujeres jóvenes, sin terapia sustitutiva de estógenos, tienen efectos profundamente adversos. La extirpación de los ovarios funcionales no significa que las mujeres deban ser privadas de reemplazo de estrógenos para retrasar la osteoporosis, los efectos adversos cardiopulmonares, alteraciones psicológicas, etc. Puede ser mejor individualizar los factores de riesgo de cada mujer para la enfermedad y así tomar la decisión correcta. Paciente y médico deben estar de acuerdo en la extirpación de los ovarios, particularmente en familias con propensión de cáncer ovárico.

El término de "Síndrome de ovarios residual" se refiere al desarrollo de dolor, dispareunia y masa pélvica después de la histerectomía durante la cual los ovarios fueron retenidos. La frecuencia de que esto ocurra tiene un rango del 1 al 4%. Los hallazgos durante la cirugía por tales condiciones comúnmente incluyen adherencias pélvicas extensas. Un efecto potencial de la histerectomía sin ovariectomía sobre el desarrollo de una enfermedad vascular ha sido sugerida.

La histerectomía disminuye per se el riesgo de presentar cáncer ovárico en un 50%. Posterior a la histerectomía existe una disminución inmediata de la producción esteroidea ovárica, probablemente debida a la reducción del flujo sanguíneo al ligar el anexo. Siendo esta disminución de la función momentánea. Más sin embargo estudios realizados un año después de la histerectomía muestran una reducción del 87% de los folículos primordiales y folículos en desarrollo; mientras que el estradiol y progesterona en el suero sanguíneo permanecen sin cambios (18).

El rol de la ooforectomía profiláctica es controversial. Siendo la indicación más importante para ello, el provenir de una familia con síndrome de cáncer ovárico familiar, las cuales tienen un 50% de posibilidades de presentar cáncer de ovario. Más aún cuando hasta la fecha no se tienen métodos de tamizaje adecuados para dicha enfermedad (18).

La histerectomía no tiene efectos contrarios sobre la función de los ovarios conservados. Esta creencia está basada sobre numerosos estudios hechos durante el siglo pasado que han reportado, que, después de la histerectomía, el tiempo de falla ovárica no se adelanta. Sin embargo, el examen cuidadoso de la literatura médica reveló que aunque la mayoría de mujeres continuaron teniendo una función ovárica normal después de la histerectomía, una sustancial minoría de mujeres histerectomizadas, efectivamente experimentaron una prematura falla ovárica (adelantándose en términos generales de 2 a 4 años). Reportes previos han documentado que la función ovárica continúa después de una histerectomía simple por causa benigna.

Varios autores han descrito síntomas de menopausia, disfunción sexual, dolor pélvico crónico, alteraciones menstruales y dismenorrea después de la histerectomía y la ligadura de las trompas, atribuyéndose síntomas a cambios resultantes de las lesiones anatómicas, mientras que otros factores de estrés psicógeno resultante de la esterilidad y amenorrea.

La histerectomía abdominal no infrecuentemente está seguida de una infección postoperatoria. La incidencia de tales infecciones en diferentes estudios varía entre un 9 a 50%. Recientemente numerosos reportes en la literatura ginecológica han documentado menos infecciones postoperatorias en aquellas pacientes tratadas con antibióticos profilácticos. Los antibióticos profilácticos han demostrado un significativo beneficio en pacientes premenopáusicas sometidas a histerectomía abdominal y vaginal, y en pacientes sometidas en trabajo de parto con ruptura de membrana (19).

La guía para el uso de los antibióticos profilácticos ha sido establecida por Ledger. El antibiótico usado para la profilaxis deberá tener efectividad clínica y de laboratorio demostrada y deberá estar presente en concentraciones efectivas en el momento de la incisión. Deberá usarse antibióticos de baja toxicidad y reservar antibióticos mayores para infecciones resistentes. Finalmente, el beneficio de los antibióticos profilácticos deben compararse con los riesgos de su uso (20).

Los antibióticos limitados al periodo preoperatorio parecen reducir la incidencia de infección del tracto urinario luego de la histerectomía abdominal, sin embargo, las infecciones del tracto urinario, raramente son una causa de seria morbilidad en las pacientes ginecológicas y las infecciones responden rápidamente a los antibióticos orales. La disminución significativa y la frecuencia de infección generalizada, morbilidad febril, índice febril y una disminución en el uso adicional de terapia antibiótica justifican el uso de un corto curso de antibióticos profilácticos en paciente con histerectomía radical (21).

Es importante hacer una exhaustiva valoración de la paciente para identificar a la de riesgo de sufrir el síndrome posthisterectomía. La paciente con éste síndrome, sufre una depresión endógena, caracterizada por agitación, síntomas somáticos, estado de humor depresivo e insomnio. La depresión puede ser grave y más refractaria al tratamiento que otros tipos de depresión. Una paciente es más vulnerable a éste síndrome a los seis meses que siguen a la operación, aunque hay trabajos documentando la aparición a los 18 meses.

Las pacientes de mayor riesgo, son aquellas que tienen una historia previa de depresiones o de personalidad inestable; las que están luchando contra la ruptura matrimonial; las comprendidas en los grupos de edad de 35 a 45 años y francamente premenopáusicas. Es básico entender el simbolismo psicológico de la menstruación y la reproducción, para apreciar las reacciones emocionales de la enferma ante la histerectomía y el estrés asociado con la pérdida de estas funciones. La menstruación es percibida como un distintivo de feminidad, la pérdida de la función menstrual, se considera por muchas mujeres como una supresión de su feminidad. El grado de daño que esto puede causar, puede reducirse mediante el tratamiento psicológico adecuado.

El trauma de la histerectomía es mayor en mujeres jóvenes y en aquellas que no han establecido una relación satisfactoria de matrimonio y familia. La histerectomía puede tener poco impacto psicológico en las mujeres postmenopáusicas que ya se han adaptado a la pérdida de la función menstrual y reproductora. Hay un tiempo en que la histerectomía les puede causar un aumento del estrés psicológico en mujeres relativamente estables. Los procedimientos quirúrgicos sexualmente mutilantes como la histerectomía, solo tienen un efecto biológico temporal sobre la urgencia del sexo, pero las consecuencias psicológicas pueden ser devastadoras. La propia imagen sexual depende de la posición de órganos sexuales que pueden responder al impulso de la unión con otra persona que es atractiva y saludable. Tiene importancia primordial que la enferma quede absolutamente convencida de que la operación no ejercerá influencia alguna sobre su apetencia sexual. Es preciso explicar también a la paciente que no debe temer al hirsutismo, y que conservará su libido, a menudo, a un nivel más intenso que antes, ya que no se sentirá cansada por las menstruaciones abundantes (13).

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes a las cuales se les realizó histerectomía en el Instituto Nacional de Perinatología, en el periodo comprendido del 1.V.1998 al 31.IV.1999.

El criterio de inclusión fueron todos aquellos procedimientos realizados por alguna indicación ginecológica, descartándose todas aquellas cuya indicación fue secundaria a alguna complicación por evento obstétrico, como sería la cesárea-histerectomía por cualquiera de sus indicaciones, así como las indicaciones por procesos infecciosos secundarios a algún procedimiento obstétrico como sería la deciduoendometritis, principalmente postcesárea.

Se analizaron varios factores como la edad de las pacientes, antecedentes obstétricos (número de gestaciones), se analizó el diagnóstico por citología vaginal (tinción de Papanicolaou), y diagnóstico por biopsia de endometrio en las pacientes con que se contó. El diagnóstico preoperatorio o indicación de los procedimientos, el diagnóstico ultrasonográfico y los resultados anatomopatológicos de las piezas y la correlación entre ambos. Se analizó el tipo de operación proyectada y operación realizada y su correlación; aunado a otros procedimientos quirúrgicos realizados. Las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas, analizando el periodo tardío. El tiempo quirúrgico empleado, la anestesia administrada y sus complicaciones, el sangrado presentado transquirúrgicamente, los días de estancia hospitalaria (inmediato a la cirugía o bien por rehospitalización por complicaciones), se analizó así mismo el uso de antibióticos profilácticos o terapéuticos. Así mismo se revisó el tipo de enfermedades intercurrentes que presentaron las pacientes sometidas a algún tipo de histerectomía y su relación con las complicaciones.

Se dividieron a las pacientes según el tipo de procedimiento quirúrgico que se hubiera realizado, Grupo I, histerectomía abdominal (H.A.); Grupo II, histerectomía vaginal (H.V.); y Grupo III, histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (H.V.A.L.) para así poder identificar más fácilmente las diversas variables y realizar su análisis comparativo.

Las cifras de los resultados se expresan en números absolutos y relativos. Se hace un análisis y correlación de los resultados.

Para el análisis estadístico se empleó el programa computacional SPSS versión 3.0, obteniéndose frecuencias, medias, desviación estándar, Ji cuadrada (J) y valores de p.

RESULTADOS.

En el periodo analizado de 12 meses, se realizaron un total 353 histerectomías; se revisaron 264 expedientes de histerectomía ginecológica; ya que se eliminaron del estudio 53 histerectomías obstétricas y 36 expedientes incompletos. Quedando organizado en tres grupos de trabajo. Grupo I, pacientes a las que se realizó histerectomía abdominal (H.A.); 182. Grupo II, pacientes a las que se realizó histerectomía vaginal (H.V.); 64. Grupo III, pacientes a las que se realizó histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (H.V.A.L.); 18. El porcentaje de eliminación por falta de datos o expedientes fue de la siguiente manera: histerectomía abdominal 8.9%, histerectomía vaginal 15.7%, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia 10%.

	H.A.	H.V.	H.V.A.L.
PACIENTES	182 (68.93%)	64 (24.24%)	18 (6.81%)

La edad de las pacientes sometidas a estos procedimientos fluctuó entre 15 a 80 años, con una media de 42.77 años. Se encontró una edad mayor en las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, siendo la media de esta de 46.65 años; el grupo de edad en donde se encontró una menor edad promedio fue el de histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (39.44 años). La diferencia entre estos grupos de edades fue significativa, con un análisis de varianza (p. 0.000).

RANGO DE EDADES (AÑOS).

	EDAD PROMEDIO	MINIMO	MAXIMO	DES. EST.	VARIANZA	p.
TOTAL	42.77	15	80	7.78	60.55	0.000
H.A.	41.73	15	66	6.6	43.6	
H.V.	46.65	31	80	9.92	98.54	
H.V.A.L.	39.44	31	49	5.07	25.79	

La paridad de las pacientes fluctuó desde las nuligestas hasta las grandes múltipars, con una gesta promedio de 3.51 embarazos. Se observó que las pacientes con mayor número de gestas y partos fueron las del grupo de H.V., y el grupo con un menor número de gestas fue el de H.V.A.L. (4.68 vs 2.55 respectivamente), se observó además un mayor número de cesáreas en el grupo de H.A. 0.72, con respecto a los otros dos grupos. Fueron significativos en el análisis estadístico los rubros de gestas, partos, y cesáreas.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS PROMEDIO.

	GESTAS	MINIMO	MAXIMO	PARTOS	CESAREAS	ABORTOS	ECTOPICOS
TOTAL	3.51	0	12	2.3	0.6	0.55	0.05
DES. EST.	2.41			2.23	0.98	0.98	0.25
VARIANZA	5.89			5.07	0.96	0.96	0.06
p.	0.000			0.000	0.030	0.88	0.15
H.A.	3.2	0	12	1.82	0.72	0.577	0.07
H.V.	4.68	1	10	3.85	0.37	0.51	0
H.V.A.L.	2.55	0	5	1.55	0.38	0.5	0.05

Se observó que la gran mayoría de las pacientes contaban con citología cérvico vaginal como estudio de rutina, más sin embargo un porcentaje no despreciable de pacientes presentó mala toma del mismo (presencia de células no endocervicales), que aunado al grupo de pacientes sin toma de dicho procedimiento hacen un conjunto del 23.4 %. Cabe hacer la mención de encontrarse 2 pacientes con diagnóstico de NIC II, 2 pacientes con diagnóstico de NIC III.

CITOLOGIA CERVICO VAGINAL.

	NORMAL	NIC II	NIC III	NO ENDOCERVICALES	SIN CITOLOGIA
H.T.A.	134 (73.6%)	0	2 (1%)	19 (10.4%)	27 (14.8%)
H.V.	45 (70.3%)	2 (3%)	0	5 (7.8%)	8 (12.5%)
H.V.A.L.	11 (61.1%)	0	0	3 (16.6%)	4 (22.2%)

En cuanto a la biopsia de endometrio como estudio de rutina en las pacientes ginecológicas sometidas a histerectomía, observamos que el 46.2% no cuentan con el mismo, de las pacientes a las cuales si se le realizó, todos los resultados histopatológicos fueron de benignidad, observándose 12 (8.8%) pacientes solamente con hiperplasia de endometrio sin atipias.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO.

	NORMAL	HIPERPLASIA S/A	MALA TOMA	POLIPO	SIN BIOPSIA
H.T.A.	89 (48.9%)	9 (4.9%)	4 (2.1%)	3 (1.6%)	77 (42.3%)
H.V.	20 (31.2%)	1 (1.5%)	3 (4.6%)	0	40 (62.5%)
H.V.A.L.	11 (61.1%)	2 (11.1%)	0	0	5 (27.7%)

HIPERPLASIA S/A = Hiperplasia sin atipias (no encontramos hiperplasia con atipias).

POLIPIO = Pólipo enometrial benigno.

El diagnóstico ultrasonográfico fue en la gran mayoría de pacientes el de miomatosis uterina, sólo las pacientes sometidas a H.V. presentaron una diferencia significativa con respecto al resto de pacientes, encontrándose mayor normalidad en dichos ultrasonidos. Cabe hacer la mención de que se encontraron mayor alteración ultrasonográfica en las pacientes del grupo de H.A. con la presencia de masas anexiales y mayor número de pacientes con miomatosis uterina de grandes elementos. El diagnóstico de probable adenomiosis se encontró en el 6.8% de la población general.

DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO.

	H.A	H.V.	H.V.A.L.
UTERO			
NORMAL	140 (76.9%)	42 (65.6%)	1 (100%)
ANORMAL	34 (18.7%)	3 (4.7%)	0
SIN ULTRASONIDO	8 (4.4%)	19 (29.7%)	0
OVARIOS			
NORMAL	153 (84.1%)	41 (64.1%)	12 (66.7%)
TUMOR ANEXIAL	3 (1.6%)	0	0
NO SE OBSERVARON	18 (9.8%)	4 (6.3%)	6 (33.3%)
SIN ULTRASONIDO	8 (4.3%)	19 (29.7%)	0
MIOMETRIO			
MIOMAS PEQUEÑOS	55 (30.2%)	17 (26.6%)	9 (50%)
MIOMAS MEDIANOS	59 (32.4%)	9 (14.1%)	4 (22.2%)
MIOMAS GRANDES	27 (14.8%)	3 (4.7%)	0
ADENOMIOSIS	8 (4.4%)	1 (1.6%)	1 (5.6%)
MIOMAS + ADENOMIOSIS	5 (2.7%)	2 (3.1%)	1 (5.6%)
SIN ULTRASONISO	8 (4.4%)	19 (29.7%)	0
SIN MIOMAS	20 (11.0%)	13 (20.3%)	3 (16.7%)
TOTAL PACIENTES	182 (100%)	64 (100%)	18 (100%)

Como diagnóstico preoperatorio para el grupo de pacientes de H.A. se observó que un gran porcentaje lo ocupó el de miomatosis uterina y sangrado uterino anormal (43.6% y 37.7% respectivamente), se encontraron otros diagnósticos en menor porcentaje como el de tumor anexial e incontinencia urinaria (ambos con el 3.8%), y además se encontró cáncer de ovario en dos pacientes (0.5%). De las pacientes sometidas a H.V. los diagnósticos principales que se encontraron son trastornos de la estática pélvica e incontinencia urinaria (41.4% y 30.3%), con un 6.6% de pacientes con prolapso uterino. En las pacientes a las cuales se realizó H.V.A.L., la mayoría contó con el diagnóstico de miomatosis uterina y sangrado uterino anormal (47.2% para ambos).

DIAGNOSTICO CLINICO PREQUIRURGICO.

	H.A.	H.V.	H.A.V.L.
MIOMATOSIS	157 (43.6%)	22 (16.2%)	17 (47.2%)
SANGRADO UTERINO ANORMAL	136 (37.7%)	5 (3.7%)	17 (47.2%)
NEOPLASIA INTRACERVICAL III	6 (1.6%)		
PROBABLE ADENOMIOSIS	9 (2.5%)		1 (2.7%)
TUMOR ANEXIAL	14 (3.8%)		
INCONTINENCIA URINARIA	14 (3.8%)	41 (30.3%)	
HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	5 (1.2%)		1 (2.7%)
TRANSTORNOS ESTÁTICA PELVICA	11 (3%)	56 (41.48%)	
CANCER DE OVARIO	2 (0.5%)		
ENDOMETRIOSIS	4 (1.1%)		
HEMATOMETRA	1 (0.2%)		
ANEMIA	1 (0.2%)		
SINDROME CLIMATERICO		1 (0.7%)	
PROLAPSO UTERINO		9 (6.6%)	
HERNIA UMBILICAL		1 (0.7%)	
TOTAL	360 (100%)	135 (100%)	36 (100%)

Se observó un mayor número de procedimientos de uretropexia en el grupo de pacientes sometidas a H.V. (37.5%) comparado con las pacientes de H.A. (12.63%). Más sin embargo en este último grupo encontramos mayor número de otros procedimientos, como son salpingooforectomía bilateral, la cual se realizó en el 7.1%, no observándose esto en los restantes grupos con ninguna paciente. Se realizaron un total de 6 laparotomías exploradoras con 3 estudios transoperatorios en el grupo de H.A. además de una exploración ginecológica. En el grupo de H.V. se realizaron 2 de ellas por morcelación, con éxito; en una tercera paciente fue necesaria la conversión a técnica abierta por dificultades técnicas.

Fue necesaria la conversión a técnica abierta en 2 pacientes en el grupo de H.V.A.L., ya que presentaron complicaciones graves que ameritaron una laparotomía de urgencia.

La correlación estadística entre el procedimiento prequirúrgico planeado y postquirúrgico realizado fue adecuada al realizar el análisis estadístico con Ji cuadrada (J) y p., tanto el grupo de H.A. y H.V. No siendo posible realizar este análisis en las pacientes sometidas a H.V.A.L. por contar con pocos casos.

PROCEDIMIENTOS PREQUIRURGICOS PLANEADOS
Y POSTQUIRURGICOS REALIZADOS.

	H.A.		H.V.		H.V.A.L.	
	PREQX.	POSTQX.	PREQX.	POSTQX.	PREQX.	POSTQX.
CIRUGIA						
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	170	182	0	1	0	0
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	6	2	0	0	0	2
EXPLORACION GINECOLOGICA	1	0	0	0	0	0
MIOMECTOMIA	3	0	0	0	0	0
HISTERECTOMIA VAGINAL	2	0	63	64	0	0
URETROPEXIA	15	23	18	24	0	0
COLPOPERINEOPLASTIA	3	2	0	0	0	0
H.V. ASISTIDA LAPAROSCOPIA	0	0	0	0	18	16
URETROPEXIA						
BURCH	15	16	0	0	0	0
MOSCHCOWITZ	0	7	0	0	0	0
PEREYRA	0	0	11	15	0	0
AGUJAS DE J.K.	0	0	4	5	0	0
KELLY	0	0	1	3	0	0
T.V.T.	0	0	1	1	0	0
CABESTRILLO	0	0	1	0	0	0
OTROS PROCEDIMIENTOS						
SALPINGOOFORRECTOMIA	3	11	0	1	0	0
SALPINGOOFORRECTOMIA BIL.	2	13	2	0	0	0
OOFORRECTOMIA	1	2	0	0	0	0
SALPINGECTOMIA	0	3	0	0	0	0
SALPINGECTOMA BILATERAL	0	1	0	0	0	0
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	3	4	1	1	0	0
CISTECTOMIA	1	9	0	0	0	0
REPARACION PARAVAGINAL	1	2	4	4	0	0
ESTUDIO TRANSOPERATORIO	3	3	0	0	0	0
NEOVAGINA DE WILLIAMS	0	1	0	0	0	0
APENDICECTOMIA	1	1	0	0	0	0
H.V. POR MORCELACION	0	0	1	2	0	0
	J: 1265.7	p: 0.000	J: 271.8	p: 0.000	J: N/R	p: N/R

N/R: Sin desarrollo estadístico para esa columna.

Con lo que respecta a las lesiones transquirúrgicas, se reportan: 1 lesión vesical en H.A. (0.54%), la cual fue reparada con éxito. En la H.V. se reportan sólo 2 tallas fallidas, las cuales podemos mencionar como una complicación menor. Más sin embargo en la H.V.A.L. encontramos 4 complicaciones graves, con un 22.2% de complicaciones para este grupo (sucediendo en 2 pacientes), que ameritaron de la realización de laparotomía de urgencia para su corrección. Dichas complicaciones se describen en la tabla a continuación.

COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS.

	H.A.	H.V.	H.V.A.L.
LESION VESICAL	1		1
LESION INTESTINAL			1
CHOQUE HIPOVOLEMICO			1
LESION A VASOS			1
TALLA FALLIDA		2	
% DE COMPLICACIONES	0.54 %	3.12 %	22.22 %

Se complicaron 2 pacientes en H.V.A.L, teniendo que hacer la conversión por vía abdominal, una presentó lesión vesical e intestinal; la otra lesión a vasos y choque hipovolémico.

La técnica anestésica más empleada tanto para H.A. e H.V. fue la de bloqueo peridural (B.P.D.), encontrando una mayor proporción en el último grupo. Reportándose sólo dos punciones de duramadre como complicación, que equivale al 2.1% de las pacientes. En el grupo de H.V.A.L. sólo se realizaron anestésias de tipo general. Se observó un 8.5% de conversión de B.P.D. a anestesia general, sin precisarse si fue por falla de la técnica del primero.

TIPO DE ANESTESIA Y COMPLICACIONES.

	BLOQUEO	GENERAL	BLOQUEO + GENERAL	COMPLICACION	TOTAL
H.T.A.	94 (51.6%)	71 (39%)	17 (9.34%)	2 (2.1%)	182 (68.9%)
H.V.	58 (90.6%)	2 (3.1%)	4 (6.2%)	0	64 (24.2%)
H.V.A.L.	0	18 (100%)	0	0	18 (6.8%)
TOTAL	152 (57.5%)	91 (34.46%)	21 (7.95%)	2 (0.7%)	264 (100%)
COMPLICACION:		PUNCION DE DURAMADRE			

El tiempo quirúrgico promedio en el grupo total fue de 127.8 minutos, observándose un menor tiempo quirúrgico en el grupo de H.A (115.2) y un mayor tiempo en H.V.A.L. (148.2), con un procedimiento en el cual se realizaron 340 minutos, como máximo. Siendo para el grupo de H.V. un tiempo intermedio. Se observó en el análisis estadístico una diferencia significativa con una p. de 0.000 para los tres grupos.

TIEMPO QUIRURGICO (MINUTOS).

	TIEMPO PROMEDIO	MINIMO	MAXIMO	DES. EST.	VARIANZA	p.
TOTAL	127.8	45	340	47.82	2286.9	0.000
H.A.	115.2	45	300	41.09	1689.1	
H.V.	148.2	75	270	43.39	1882.7	
H.V.A.L.	158.3	100	340	49.94	2494.1	

El uso de antibióticos profilácticos, actualmente en nuestro medio es muy generalizado, observándose el aprovechamiento de ellos en el 86.74%; pero por otra parte observamos la utilización terapéutica del mismo en 9.46%, sin especificarse razón alguna, siendo innecesario en la mayoría de ellos y sin justificación alguna.

INICIO DE ANTIBIOTICOS POSTQUIRURGICAMENTE.

	PROFILACTICO	TERAPEUTICO	SIN ANTIBIOTICO
H.T.A.	159 (87.3%)	15 (8.2%)	8 (4.3%)
H.V.	57 (89.06%)	5 (7.8%)	2 (3.1%)
H.V.A.L.	13 (72.2%)	5 (27.8%)	0

El uso profiláctico se refiere a la utilización de un sólo antibiótico transquirúrgicamente, por 3 dosis.

El uso terapéutico se refiere al inicio de dos o más antibióticos, transquirúrgicamente a dosis establecidas por un lapso mínimo de 7 días.

La hemorragia estimada promedio para el grupo total de estudio fue de 474.1 ml, observando un menor sangrado en el grupo de H.V., con un mayor sangrado promedio en el grupo de H.V.A.L., siendo éste muy parecido al del grupo de H.A. El análisis estadístico para hemorragia en el grupo total fue significativo, con una p. de 0.000.

HEMORRAGIA ESTIMADA TRANSQUIRURGICA PROMEDIO (MILITROS).

	HEMORRAGIA PROMEDIO	MINIMO	MAXIMO	DES. EST.	VARIANZA	p.
TOTAL	474.12	40	2500	342	116969.5	0.000
H.A.	410.16	40	2100	295	87071.2	
H.V.	148.2	75	270	246.35	60690.7	
H.V.A.L.	598.2	200	1200	713.73	509411.7	

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

La estancia promedio fue de 3.41 días para el grupo total, siendo muy parecidos los promedios para los diferentes subgrupos. El análisis estadístico no fue significativo en este caso.

DIAS DE ESTANCIA PROMEDIO (DIAS).

	DÍAS DE ESTANCIA PROMEDIO	MINIMO	MAXIMO	DES. EST.	VARIANZA	p.
TOTAL	3.41	2	17	1.73	2.99	0.73
H.A.	3.36	2	17	1.52	2.31	
H.V.	3.43	2	14	1.72	2.98	
H.V.A.L.	3.11	2	10	2.11	4.45	

ENFERMEDADES INTERCURRENTES.

	H.A.	H.V.	H.V.A.L.
HIPOTIROIDISMO	3 (1.6%)	0	1 (5.5%)
ANEMIA	18 (9.8%)	2 (3.1%)	2 (11.1%)
ARTRITIS REUMATOIDEA	3 (1.6%)	1 (1.5%)	0
DIABETES MELLITUS II	12 (6.5%)	1 (1.5%)	1 (5.5%)
PSORIASIS	1 (0.5%)	0	0
HIPERTENSION ARTERIAL	16 (8.7%)	8 (12.5%)	0
C.R.I.	2 (1%)	1 (1.5%)	0
ENDOMETRIOSIS	1 (0.5%)	0	0
CANCER DE OVARIO	3 (1.6%)	0	0
ASMA	2 (1%)	1 (1.5%)	0
SINDROME CLIMATERICO	1 (1.5%)	1 (1.5%)	0
SINDROME DE MARFAN	0	1 (1.5%)	0
E.P.O.C.	0	1 (1.5%)	0
PACIENTES SANAS	120 (65.8%)	47 (73.4%)	10 (71.4%)

C.R.I.: Cardiopatía Reumática Inactiva.

E.P.O.C.: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Existieron 5 pacientes en H.A. y 1 paciente en H.V. que presentaron dos enfermedades concomitantes.

Dentro de las complicaciones postquirúrgicas, abarcando el periodo postoperatorio tardío, resalta por su importancia la fiebre de causa desconocida, observándose en el 19.7% de las pacientes sometidas a H.A. Siendo menor y muy semejante en los otros dos grupos. La dehiscencia e infección de herida quirúrgica observada en el 5.4% de las H.A. La infección de vías urinarias se observó mayoritariamente en la H.V.A.L. La necesidad de transfusión igualmente presentada en este último grupo, seguido del grupo de H.V. Retención urinaria en el 15.6% de las H.V. Llama la atención que el número de complicaciones por paciente, y el porcentaje de complicaciones en los tres grupos, fue muy similar, más no para la severidad, siendo mayor para H.V.A.L.

**COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS
(INCLUYE PERIODO TARDIO).**

	H.A.	H.V.	H.V.A.L.
PIEBRE (>38 GRADOS)	36 (19.7%)	7 (10.9%)	2 (11.1%)
FARINGOAMIGDALITIS	20 (10.9%)	1 (1.5%)	0
INFECCION DE VIAS URINARIAS	14 (7.6%)	6 (9.3%)	3 (16.6%)
PIELONEFRITIS	5 (2.7%)	3 (4.6%)	0
RETENCION URINARIA	2 (1.1%)	10 (15.6%)	0
ANEMIA	3 (1.6%)	0	1 (5.5%)
TRANSFUSION	15 (0.54%)	12 (18.7%)	5 (27.7%)
SEROMA DE PARED	2 (1.1%)	0	0
HEMATOMA DE PARED	2 (1.1%)	0	1 (5.5%)
ABSCESO DE PARED	2 (1.1%)	0	0
DEHISCENCIA E INFECCION DE HQX.	10 (5.4%)	2 (3.1%)	0
ABSCESO DE CUPULA	6 (3.2%)	4 (6.2%)	0
HEMATOMA DE CUPULA	0	2 (3.1%)	0
ILEO PARALITICO	1 (0.54%)	0	0
NEURITIS PERIFERICA	2 (1.1%)	0	0
LINFOQUISTE PÉLVICO	1 (1.1%)	0	0
DRENAJE DE HEMATOMA PELVICO	0	1 (1.5%)	0
DERRAME PLEURAL Y NEUMONIA	0	0	1 (5.5%)
CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	1 (1.5%)	2 (11.1%)
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	0	1 (1.5%)	0
PACIENTES ESTUDIADAS	182	64	18
PACIENTES COMPLICADAS	83	29	9
COMPLICACIONES TOTALES	122	50	15
NUMERO DE COMPLICACIONES POR PACIENTE	1.4	1.7	1.6
PORCENTAJE DE PACIENTES COMPLICADA EN CADA GRUPO	45.6%	45.3%	50%

Coexistieron 2 o más complicaciones en una sola paciente.

El peso del útero fue de 253.49 gr. en promedio para el grupo total de pacientes, siendo de mayor peso los obtenidos por vía abdominal, seguidos en segundo término por los de vía laparoscópica. El volumen máximo de un útero fue de 4750 gr. y el mínimo de 25 gr. El análisis estadístico para el grupo total de pacientes fue significativo, mostrando una p. de 0.000.

PESO UTERINO (GRAMOS) POR REPORTE PATOLOGICO.

	PESO UTERINO	MINIMO	MAXIMO	DES. EST.	VARIANZA	p.
TOTAL	253.49	25	4750	404.05	163259.1	0.000
H.A.	304.16	30	4750	475.36	225974.4	
H.V.	139.72	25	1135	146.18	21370	
H.V.A.L.	171.38	70	360	72.83	5305.3	

En cuanto al reporte histopatológico, se observa una alta proporción de pacientes con miomatosis uterina, llamando la atención un alto porcentaje de adenomiosis o bien miomatosis con adenomiosis, lo cual no se detectó por los métodos clínicos o paraclínicos, siendo un hallazgo histopatológico. Se observó una paciente con cáncer de tipo endometrial no sospechado previamente. Una gran proporción de pacientes presentó cervicitis crónica (de tipo quisítica), aparentemente asintomática. Importante mencionar la presencia de 2 pacientes con cáncer invasor de cérvix, igualmente no sospechado. Dos pacientes con cáncer de ovario previamente diagnosticado, y una más con un cistadenoma seroso limitrofe no sospechado. La mayoría de las piezas de ovarios analizadas presentaron patología benigna, hecho que nos debe llamar la atención con respecto a la sobreutilización de la ooforectomía ante la presencia de ovarios aumentados de volumen.

Se debe recalcar el porcentaje, nada insignificante, de piezas quirúrgicas normales encontrados en los tres grupos, hecho de todos bien sabido en la H.V.: pero en la H.V.A.L. se observó esto en el 27.7% de las piezas quirúrgicas. Y en el 18.6% de las piezas analizadas para H.A. A continuación se describirá por medio de tablas cruzadas estos hallazgos.

REPORTE HISTOPATOLOGICO, DIVIDIDO SEGUN HALLAZGOS EN MIOMETRIO, ENDOMETRIO, CERVIX, OVARIO Y TUBA UTERINA.

	H.A.	H.V.	H.V.A.L.
MIOMETRIO			
NORMAL	34 (18.6%)	27 (42.1%)	5 (27.7%)
MIOMATOSIS	77 (42.3%)	17 (26.5%)	9 (50%)
DEGENERACION HIALINA	2 (1%)	0	0
DEGENERACION ROJA	4 (2.1%)	6 (9.3%)	0
DEGENERACION GRASA	1 (0.5%)	0	0
MIOMA Y ADENOMIOSIS	20 (10.9%)	0	3 (16.6%)
ADENOMIOSIS	29 (15.9)	10 (15.6%)	0
ADENOMIOSIS	4 (2.1%)	1 (1.5%)	1 (5.5%)
MIOMETRITIS	1 (0.5%)	0	0
HEMATOMETRA	1 (0.5%)	0	0
ENDOMETRIO			
NORMAL	152 (83.5%)	51 (79.6%)	14 (77.7%)
POLIPO ENDOMETRIAL	3 (1.6%)	5 (7.8%)	0
POLIPO CON ADENOMIOSIS	2 (1%)	0	0
HIPERPLASIA SIN ATIPIAS	8 (4.3%)	4 (6.2%)	0
ENDOMETRITIS	2 (1%)	0	3 (16.6%)
CANCER ENDOMETRIAL	1 (0.5%)	0	0
CERVIX			
NORMAL	2 (1%)	2 (3.1%)	0
CERVICITS CRONICA	76 (41.7%)	29 (45.3%)	7 (38.8%)
POLIPO CERVICAL	1 (0.5%)	1 (1.5%)	0
METAPLASIA ESCAMOSA	10 (5.4%)	8 (12.5%)	0
CONDILOMA	4 (2.1%)	0	0
NIC III	1 (0.5%)	0	1 (5.5%)
CANCER INVASOR	1 (0.5%)	0	1 (5.5%)
OVARIOS			
NORMAL	3 (1.6%)	1 (1.5%)	0
QUISTE FOLICULAR	7 (3.8%)	0	0
QUISTE LUTEO	3 (1.6%)	0	0
QUISTE SEROSO	6 (3.2%)	0	0
QUISTE DERMOIDE	1 (0.5%)	0	0
ENDOMETRIOSIS Y/O QUISTE	3 (1.6%)	0	0
CISTADENOMA BORDERLINE	1 (0.5%)	0	0
CANCER OVARIO	2 (1%)	0	0
TUBA UTERINA			
NORMAL	4 (2.1%)	0	0
HIDROSALPINX	4 (2.1%)	0	0
QUISTE SEROSO	3 (1.6%)	1 (1.5%)	0
ENDOSALPINGIOSIS	3 (1.6%)	0	0

Los casos faltantes, para cada uno de los grupos, significa que no se encuentra la aclaración en el reporte histopatológico.

Es interesante el observar lo que sucede al cruzar el diagnóstico clínico de miomatosis uterina, con el reporte histopatológico; sólo en el caso de Histerectomía Abdominal, encontrando que se realizó el diagnóstico clínico en 157 pacientes (86.2%), siendo ésta una de las causas que motivó su cirugía, se observa algún tipo de mioma degenerado en 7 pacientes (4.4%), siendo todos de tipo benigno. Llama la atención el reporte de adenomiosis en conjunto en 46 pacientes (29.8%) lo cual es muy importante, por lo insidiosa de esta patología. Y observamos que el reporte patológico de 25 pacientes es normal (15.9%). Debemos de preguntarnos, si el encontrar un porcentaje tan alto de normalidad, no se trate de un sobrediagnóstico y esto repercuta en un índice mayor de histerectomías ginecológicas para el Instituto, que aunque sabemos que se trata de un hospital escuela, no justifica en lo absoluto su realización, por las complicaciones que acarrea.

Se tiene a pesar de todo, un alto índice de correlación entre el diagnóstico clínico de miomatosis uterina y el reporte histopatológico, tanto para histerectomía abdominal como para histerectomía vaginal, ya que el análisis estadístico para Ji y p. es significativo.

**TABLA CRUZADA PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO
DE MIOMATOSIS UTERINA VS DIAGNOSTICO
PATOLOGICO, SOLO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL.**

DX PATOLOGIA	DX CLINICO		TOTAL
	MIOMATOSIS	OTRO DX	
NORMAL	25 (15.9%)	9 (36%)	34 (18.7%)
MIOMATOSIS	71 (45.2%)	6 (24%)	77 (42.3%)
MIOMATOSIS CON DEGEREACION	7 (4.4%)	0	7 (3.8%)
ADENOMIOMA	1 (0.6%)	3 (12%)	4 (2.2%)
ADENOMIOSIS	28 (16.6%)	3 (12%)	29 (15.9%)
MIOMATOSIS + ADENOMIOSIS	19 (12.1%)	1 (4%)	20 (11%)
MIOMETRITIS	1 (0.6%)	0	1 (0.5%)
HEMATOMETRA	0	1 (4%)	1 (0.5%)
SIN REPORTE	7 (4.5%)	1 (2.4%)	9 (4.9%)
TOTAL	157 (100%)	25 (100%)	182 (100%)
	Ji: 29.28	P: 0.0011	

**TABLA CRUZADA PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO
DE MIOMATOSIS UTERINA VS DIAGNOSTICO
PATOLOGICO, SOLO PARA HISTERECTOMIA VAGINAL.**

DX PATOLOGIA	DX CLINICO		TOTAL
	MIOMATOSIS	OTRO DX	
NORMAL	3 (13.6%)	24 (57.1%)	27 (42.2%)
MIOMATOSIS	7 (31.8%)	10 (23.8%)	17 (26.6%)
ADENOMIOMA	1 (4.5%)	0	1 (1.6%)
ADENOMIOSIS	4 (18.2%)	6 (14.3%)	10 (15.6%)
MIOMATOSIS + ADENOMIOSIS	5 (22.7%)	1 (2.4%)	6 (9.4%)
SIN REPORTE	2 (9.1%)	1 (2.4%)	3 (4.7%)
TOTAL	22 (100%)	42 (100%)	64 (100%)
	Ji: 16.63	p: 0.0052	

Podemos observar en la siguiente tabla, como sucede lo mismo en las pacientes sometidas a H.V.A.L. al cruzar el diagnóstico clínico de miomatosis y reporte histopatológico, encontramos que el 23.5% de las pacientes se tenía diagnóstico de miomatosis y el reporte patológico fue normal, siendo mayor en este el porcentaje de pacientes que se están sobrediagnosticando con respecto a la H.A., y por lo tanto realizando procedimientos quirúrgicos no justificados. El reporte patológico de adenomiosis en conjunto corresponde a 23.5% de las pacientes, a las cuales se realizó el diagnóstico de miomatosis.

**TABLA CRUZADA PARA EL DIAGNOSTICO
CLINICO DE MIOMATOSIS UTERINA VS
DIAGNOSTICO PATOLOGICO, SOLO PARA
HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA LAPAROSCOPICAMENTE.**

DX PATOLOGIA	DX CLINICO		TOTAL
	MIOMATOSIS	OTRO DX	
NORMAL	4 (23.5%)	1 (100%)	5 (27.8%)
MIOMATOSIS	9 (52.9%)		9 (50%)
ADENOMIOSIS	1 (5.9%)		1 (5.6%)
MIOMATOSIS + ADENOMIOSIS	3 (17.6%)		3 (16.7%)
TOTAL	17 (100%)	1 (100%)	18 (100%)
	Ji: 2.75	p: 0.43	

El análisis estadístico para histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente no fue significativo al cruzar estas variables mencionados, por lo tanto no se tiene un adecuado nivel de correlación clínico y patológico.

**TABLA CRUZADA PARA DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO,
CLINICO Y PATOLÓGICO, SOLO PARA MIOMATOSIS
EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL.**

DIAGNOSTICO PATOLOGICO DE NORMALIDAD EN MIOMETRIO						
DX ULTRASONOGRAFICO DE MIOMETRIO						
	MIOMATOSIS			US. SIN		TOTAL
	PEQUEÑOS	MEDIANOS	ADENOMIOSIS	SIN US.	MIOMATOSIS	
CLINICO CON MIOMATOSIS	12 48%	9 36%	1 4%	1 4%	2 8%	25 100%
CLINICO SIN MIOMATOSIS	3 33.30%			1 11.10%	5 55.60%	9 100%
TOTAL	15 44.10%	9 26.50%	1 2.90%	2 5.90%	7 20.60%	34 100%
			Ji:11.76	p: 0.019		

La correlación entre el diagnóstico clínico, ultrasonográfico y patológico para miomatosis, cuando se tiene normalidad en el reporte histopatológico en miometrio, en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal es estadísticamente significativa, con p. de 0.001. Lo cual se demuestra al analizar la tabla anterior.

TABLA CRUZADA PARA DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO, CLINICO Y PATOLÓGICO, SOLO PARA MIOMATOSIS EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

	DIAGNOSTICO PATOLOGICO DE MIOMATOSIS							
	DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE MIOMETRIO							TOTAL
	MIOMATOSIS DE:			ADENO-	MIOMA +	US. SIN		
	PEQ.	MED.	GRAN.	MIOSIS	ADENOSIS	SIN US.	MIOMAS	
DX CLINICO DE MIOMATOSIS	13 18%	34 48%	17 23.9%	2 3%	2 3%	2 3%	1 1%	71 100%
DX CLINICO SIN MIOMATOSIS				1 16.7%		1 16.7%	4 66.7%	6 100%
TOTAL	13 16.9%	34 44.2%	17 22.1%	3 3.9%	2 2.6%	3 3.9%	5 6.5%	77 100%

Ji:47.3 p: 0.000

La correlación de diagnósticos, clínicos, ultrasonográficos e histopatológico, para miomatosis en general, en el grupo de H.A. es estadísticamente significativa, con una p: 0.000.

TABLA CRUZADA PARA DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO, CLINICO Y PATOLÓGICO, SOLO PARA MIOMATOSIS EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

	DIAGNOSTICO PATOLOGICO DE ADENOMIOMA			
	DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE MIOMETRIO			
	MIOMATOSIS DE:		US. SIN	TOTAL
	PEQ.	MED.	MIOMAS	
DX CLINICO DE MIOMATOSIS		1 100%	1 100%	
DX CLINICO SIN MIOMATOSIS	1 33.30%		2 66.70%	
TOTAL	1 25.00%	1 25.00%	2 50.00%	

Ji:4.0 p: 0.13

No es adecuada nuestra correlación clínica, ultrasonográfica y patológica para los diagnósticos de adenomioma o adenomiosis, en las pacientes del grupo de H.A. ya que estadísticamente no es significativo con p de 0.13 y 0.38 respectivamente. Esto aunque ya es bien sabido por el ginecoobstetra, no está de más mencionarlo; normalmente se trata de un hallazgo histopatológico, y por lo regular cuando el ultrasonografista reporta esto, en la mayoría de los casos es erróneo, tratándose sólo de miomatosis. Es necesario tratar de buscar nuevas técnicas diagnósticas para la correcta evaluación de nuestras pacientes en donde se tenga mayor precisión. Aún no contamos con un método lo suficientemente confiable para equiparar el estándar de oro para estos diagnósticos, como sería el estudio histopatológico.

**TABLA CRUZADA PARA DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO,
CLINICO Y PATOLÓGICO, SOLO PARA MIOMATOSIS
EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL.**

DIAGNOSTICO PATOLOGICO DE ADENOMIOSIS							
	DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE MIOMETRIO						TOTAL
	MIOMATOSIS		ADENO- MIOSIS	MIOMA + ADENOMIOSIS	US. SIN		
	PEQ.	MED.			SIN US.	MIOMAS	
DX CLINICO DE MIOMATOSIS	14	5	2	3	1	1	26
	54%	19%	8%	11.50%	4%	4%	100%
DX CLINICO SIN MIOMATOSIS	1		1			1	3
	33.30%		33.30%			33.30%	100%
TOTAL	15	5	4	2	1	2	29
	51.70%	17.20%	13.70%	6.90%	3.40%	6.90%	100%
Ji: 6.3		p: 0.38					

Por el contrario, al realizar el análisis estadístico sobre nuestra correlación diagnóstica entre clínica, ultrasonido y patología para el diagnóstico de miomatosis más adenomiosis, en pacientes sometidas a histerectomía abdominal podemos observar que ésta es significativa, como se demuestra en la siguiente tabla. Presentando una Ji de 20.0 y p. de 0.001.

**TABLA CRUZADA PARA DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO,
CLINICO Y PATOLÓGICO, SOLO PARA MIOMATOSIS
EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL.**

DIAGNOSTICO PATOLOGICO DE MIOMATOSIS MAS ADENOMIOSIS							
	DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE MIOMETRIO						
	MIOMATOSIS DE:			ADENO- MIOSIS	US. SIN		TOTAL
	PEQ.	MED.	GRAN.		SIN US.	MIOMAS	
DX CLINICO DE MIOMATOSIS	5 26%	6 32%	5 26%	1 5%	2 11%		19 100%
DX CLINICO SIN MIOMATOSIS						1 100%	1 100%
TOTAL	5 25%	6 30%	5 25%	1 5%	2 10%	1 5%	20 100%
J: 20.0				P: 0.001			

Se presentan igual número de complicaciones tanto en pacientes con alguna enfermedad intercurrente, como las que no presentan enfermedad, siendo estadísticamente no significativo en los tres grupos estudiados (H.A., H.V. e H.V.A.L.).

**TABLA PARA JI CUADRADA SOBRE
ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES
PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL.**

		COMPLICADAS		TOTAL
		SI	NO	
ENFERMA	SI	25 46.30%	29 53.70%	54 100%
	NO	44 34.40%	84 65.60%	128 100%
TOTAL		69 37.90%	113 62.10%	182 100%
Ji: 2.2		p: 0.12		

TABLA PARA Ji CUADRADA SOBRE ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES PARA HISTERECTOMIA VAGINAL.

		COMPLICADAS		TOTAL
		SI	NO	
ENFERMA	SI	8	8	16
		50.00%	50.00%	100%
	NO	21	27	48
		43.80%	56.30%	100%
TOTAL		29	35	64
		45.30%	54.70%	100%
		Ji: 0.18		p: 0.6

TABLA PARA Ji CUADRADA SOBRE ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES PARA HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA.

		COMPLICADAS		TOTAL
		SI	NO	
ENFERMA	SI	3	1	4
		75%	25%	100%
	NO	6	8	14
		42.9%	57.1%	100%
TOTAL		9	9	18
		50%	50%	100%
		Ji: 1.28		p: 0.25

DISCUSION.

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes realizadas, siendo en nuestros días muy común.

Se observa que la edad con mayor frecuencia en que se indica la histerectomía corresponde a la cuarta y quinta décadas de la vida, con una media de 42.77 años. Las gestaciones promedio de la población estudiada en el Instituto fue de 3.51, observando mayor número de partos en las pacientes correspondientes a la H.V. Se encontró así mismo, que se presentan más pacientes con cesárea previa en las H.A.

Es importante hacer mención, que un gran número de pacientes en el Instituto llegan a cirugía para histerectomía ginecológica sin contar con estudio cervicec vaginal y biopsia de endometrio, no siendo despreciable la cantidad de estudios con mala técnica, siendo necesario repetir estas.

El diagnóstico ultrasonográfico es imprescindible en toda paciente ginecológica, no sólo para analizar las características del útero, sino también para analizar todas las estructuras pélvicas incluyendo ovarios. Es importante hacer mención que el ultrasonido es un muy adecuado método para diagnosticar normalidad miometrial y miomatosis uterina, pero no es adecuado para hacer diagnóstico de adenomiosis o adenomioma, siendo en la actualidad un diagnóstico casi exclusivo del reporte histopatológico.

Las indicaciones para realizar este procedimiento son muy amplias, pero en forma clara la miomatosis y el sangrado uterino anormal siguen siendo las indicaciones más frecuentes para su realización. Por otra parte, las indicaciones más frecuentes para la histerectomía vaginal son los trastornos de la estática pélvica y la incontinencia urinaria de esfuerzo. No existen diferencias significativas entre los hallazgos encontrados con los reportados por otro centro en este rubro (4,14,15)

Se encontró una adecuada correlación entre los procedimientos quirúrgicos planeados y los realizados, para los tres grupos, lo cual se verificó estadísticamente tanto para H.A y H.V.

En cuanto a la vía de extirpación del útero, existe una mayor tendencia a elegir la vía abdominal, lo cual puede explicarse por varios factores:

- La indicación preoperatoria más frecuentemente encontrada fue la de miomatosis uterina, lo cual dificulta en cierta forma la vía vaginal para realizar el procedimiento.
- En ausencia de trastornos de la estática pélvica, las complicaciones para realizar una vía vaginal son mayores.
- La vía vaginal requiere de una experiencia quirúrgica mayor.

- El gran número de pacientes que actualmente cuentan con cirugías pélvicas previas (cesárea, apendicectomía, etc.) dificulta por mayor número de adherencias la vía vaginal.

En la actualidad, ha surgido la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente como una alternativa para las pacientes con algunas contraindicaciones a la vía vaginal; más sin embargo se necesita de gran experiencia quirúrgica para realizar dicho procedimiento, con muchas horas de práctica y equipo quirúrgico sofisticado y costoso; siendo muy frecuentes las complicaciones mayores cuando la pericia del cirujano no es adecuada.

Se observó un mayor número de complicaciones transquirúrgicas graves, tiempo quirúrgico, y sangrado transquirúrgico mayor en el grupo de H.V.A.L. en comparación con los otros dos grupos. Se observó el mismo número de días de estancia y complicaciones postquirúrgicas en los tres grupos; estadísticamente probado.

El tipo de anestesia más utilizado fue el bloqueo peridural, seguido de la anestesia general. No se observaron complicaciones anestésicas graves, sólo 2 complicaciones menores (punción de duramadre), las cuales se resolvieron satisfactoriamente. En un 8.5% de los casos fue necesario emplear ambas técnicas anestésicas.

El manejo de los anexos durante el procedimiento fue preferentemente conservador, sólo en los casos en que las características clínicas ameritaron la extirpación, ésta se realizó. Más sin embargo el reporte patológico para estas piezas fue en su gran mayoría de benignidad.

Aunque existieron un gran número de reportes histopatológicos en donde reportaron miometrio sin alteraciones, se verificó estadísticamente la correlación entre el diagnóstico clínico de miomas uterina y miomatosis por patología tanto para H.A. e H.V. (significancia estadística); no siendo así para H.V.A.L. por el número reducido de pacientes.

Es de llamar la atención la gran proporción de histerectomías que se están realizando dentro del Instituto tanto en Histerectomía Abdominal como Laparoscópica, con un porcentaje de 15.9% y 23.5% respectivamente, en donde el diagnóstico preoperatorio es miomatosis uterina y sangrado uterino anormal más sin embargo no se demostró anatomopatológicamente alteración alguna. Por lo que es necesario justificar adecuadamente nuestros diagnósticos previo a toda cirugía.

Así mismo se observó un gran porcentaje de adenomiosis en sus diversas variedades (adenomioma, adenomiosis y miomatosis más adenomiosis) en el estudio histopatológico, no encontrándose correlación clínica con el mismo.

Fue estadísticamente significativa la relación entre los diagnóstico clínico, ultrasonográfico y anatomopatológico en el grupo de histerectomía abdominal para normalidad miometrial, miomatosis uterina, y miomatosis y adenomiosis; no siendo así para adenoma y adenomiosis.

La utilización de antibióticos dentro de nuestro Instituto se realiza de forma rutinaria para su modalidad profiláctica, más sin embargo existió un alto porcentaje de pacientes a las cuales se administraron antibióticos de tipo terapéutico (9.4%), sobre todo en la vía de H.V.A.L.; sin una aparente justificación.

Se observó una incidencia parecida entre enfermedades intercurrentes en cada uno de los grupos, no pudiendo asociarse a las complicaciones postquirúrgicas. Se encontró que el mayor número de enfermedades en nuestra población correspondió a hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y anemia.

A pesar de que un gran número de procedimientos fue realizado por médicos en formación, consideramos que los datos obtenidos, tanto de tiempo quirúrgico como de la cantidad de sangrado transoperatorio, que repercuten directamente en el incremento de la morbilidad, se encuentran dentro de los parámetros considerados como normales en Instituciones como la nuestra (6,7,9,17). En cuanto a las estadísticas mundiales sobre complicaciones, podemos hacer las siguientes aclaraciones:

COMPLICACIONES A NIVEL MUNDIAL Y EN NUESTRA REVISION.

	REPORTE MUNDIAL			REVISION I.N.P.E.R.		
	H.A.	H.V.	H.V.A.L.	H.A.	H.V.	H.V.A.L.
TRANSFUSION	15.40%	8.30%	10.50%	8.24%	18.70%	27.70%
LESION VESICAL	1.60%	0.30%	1.10%	0.54%	0%	5.50%
LESION URETERAL	0.30%	0%	0.30%	0%	0%	0%
MORBILIDAD FEBRIL	32.30%	15.30%	14.40%	19.70%	10.90%	11.10%
EVENTOS AMENAZAN VIDA	0.40%	0%	0.20%	0%	1.50%	11.10%
RETENCIÓN URINARIA	4.80%	15.00%	0.30%	1.10%	15.60%	0%
DEHISCENCIA DE HERIDA	0.20%	0%	0.10%	5.40%	3.10%	0%

Como pueden observar nuestras complicaciones son menores que las reportadas a nivel mundial para Histerectomía Abdominal en todos los rubros compilados a excepción de la dehiscencia de herida quirúrgica. En Histerectomía Vaginal, tenemos mayor porcentaje de complicaciones en transfusión sanguínea, eventos que amenazan la vida y dehiscencia de herida quirúrgica, igual porcentaje en retención urinaria y lesión ureteral, y sólo menor porcentaje de complicaciones en lesión vesical y morbilidad febril.

En lo que respecta a la H.V.A.L. sus complicaciones se comparan a las de la H.V. en múltiples reportes. En la revisión actual realizada en el INPer para la Histerectomía Vaginal Asistida Laparoscópicamente tenemos menores complicaciones en los rubros de lesión ureteral, morbilidad febril, retención urinaria y dehiscencia de herida quirúrgico, más sin embargo, por otro lado se presentó un alto porcentaje de complicaciones en los rubros de transfusión, lesión vesical, y eventos que amenazan la vida, por lo que en terminos generales nuestras complicaciones mayores son importantes; con un gran camino que recorrer en estas dos últimas vías quirúrgicas, haciendo mayor énfasis sobre la vía laparoscópica (5, 10, 17 19).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA.

1. Wood C, Maher P. Hysterectomy: a historical perspective. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 11: 2-22.
2. Borrajo F. Histerectomía en el Instituto Nacional de Perinatología. Tesis 1988. Biblioteca INPer T.413 B67h.
3. Nieto M. Histerectomía Vaginal en el Instituto Nacional de Perinatología. Tesis 1993. Biblioteca INPer T793 N53.
4. Clarke A, Black N, Rowe P. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study. *Br J of Obst and Gynaec*. 1995; 102: 611-20.
5. Garz P, Quesnel C, Obeid J, Alvarez G, Beltrán C. Histerectomía Abdominal Ginecológica. Revisión de 400 casos. Memorias del III congreso de Ginecología y Obstetricia. *Ginec Obst Mex* 1992; 60:87.
6. Mirhasheim R, Harlow B, Ginsbury E. Predicting risk of complications with gynecologic laparoscopic surgery. *Obstet and Gynecol*. 1998; 92: 327-31.
7. Selzman A, Spirnak J. Iatrogenic ureteral injuries: a 20-year experience in treating injuries. *J Urol*. 1996; 155: 878-81.
8. Summitt R, Stovall T, Steege J, Lipscomb G. A multicenter randomized comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in abdominal hysterectomy candidates. *Obstet and Gynecol*. 1998; 92: 321-26.
9. Chapron C, Querleu D, Bruhat M. Surgical complications of diagnostic and operative gynecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. *Human Reprod*. 1998; 13: 867-72.
10. Panduro B, Castañeda A, Cueva O. Histerectomía vaginal vs abdominal. Memorias del II Congreso de Ginecología y Obstetricia. *Ginec Obst Mex*. 1991; 59: 74-5.
11. Hamen A, Dare O. Ogilvie's syndrome. *Int J Gynecol Obstet*. 1991; 37: 47 - 50.
12. Scialli A. Alternatives to hisyerectomy for benign conditions. *Int J Fertil*. 1998; 43: 186-91.
13. Wood C, Maher P. Hysterectomy: social and psychosexual aspects. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 11: 23-36.
14. Delgado R, Castro C, Ramirez S. Indicaciones y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal. *Gine Obstet Mex* 1969; 154: 183-89.
15. Gitscg G, Berger E, Tatra G. Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Sur Gynec and Obstet*. 1991; 172: 207 - 10.
16. Iris C, Ramírez M, Fuentes C. La operación de Symmonds-Pratt en el prolapso de cúpula vaginal. Memorias del II Congreso de Ginecología y Obstetricia. *Ginec Obst Mex* 1991; 59: 72.
17. Wood C, Maher P. Hysterectomy: complications. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 11: 65-74
18. Fai Y, Kan F, Arulkumaran S. Prophylactic Oophorectomy: A Continuing Controversy. *Obstet. And Gynecol. Survey*. 1998; 53: 493-99.
19. Wttewall E. Meta-analysis of randomized controlled trials of antibiotic prophylaxis in abdominal hysterectomy. *Pharma Scien*. 1990; 15: 296-98.

20. Orr J, Sisson P, Barret J, Elligton J. Single-center study results of cefalotan and cefoxitin prophylaxis for abdominal or vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 201: 714-18.
21. Roberts J, Homesley H. Low-doses carbencillin prophylaxis for vaginal and abdominal hysterectomy. *Obstes Gynecol.* 1988; 111: 56-60.