



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL DE LA MUJER, SSA



COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA

HISTERECTOMÍA VAGINAL

HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

ANÁLISIS DE TRES AÑOS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER SSA

VVA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

JULIETA MORALES MARISCAL

ASESOR DE TESIS: DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ



SECRETARÍA DE
SALUD

MÉXICO, D.F.

2002

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.

FIRMAS

DR. JOSÉ ANTONIO MIRANDA RODRÍGUEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA MÉDICA
HOSPITAL DE LA MUJER, SSA.

DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA
HOSPITAL DE LA MUJER, SSA.

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. *[Signature]*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Glorificad a dios, porque su misericordia es para siempre.
2ª Crónicas 20: 21.

Tú eres mi refugio, me guardarás de la angustia.
Con cánticos de liberación me rodearás.
Salmos 31:7

Gracias, para mi ustedes dos son muy valiosos porque grande es su amor para conmigo, su comprensión y apoyo en todo momento, pero sobre todo gracias por ser mis padres.

Pablo e Irene

A mis abuelos y mi tía Mary, que me dieron ese amor tan hermoso que permanece en mi corazón.

Gracias por su amor y apoyo, porque ustedes siempre serán mis amigos ya que en tiempos difíciles estuvieron y están a mi lado.

A mis hermanos Miguel, Pablo, Edgar, Karina, José y Hugo

A mis queridos sobrinos que con su ternura, sonrisas y travesuras hacen que mi vida sea maravillosa.

Para Gaby, Daniela, Daniel y Pablito



Dr. Esteban García:

Con todo mi agradecimiento a mi asesor, maestro y amigo, por su gran disposición de ayudarme y asesorarme en esta tesis y por ser ejemplo como profesional.
Gracias.

A mis maestros, por su paciencia y conocimientos que me han transmitido sin egoísmo. Siempre estaré agradecida por su apoyo durante mi formación como Ginecoobstetra.

Gracias a las pacientes del Hospital de la Mujer SSA.

Al Dr. Héctor Carrillo y Marisol Cervantes, por su alegría y apoyo en este trabajo.
Dios los bendiga.

INDICE

		Página
INTRODUCCIÓN		1
MARCO TEÓRICO	HISTORIA	2
	INDICACIONES APROPIADAS PARA LA HISTERECTOMÍA VAGINAL	6
	TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL DE HEANEY MODIFICADA	11
	COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL	25
JUSTIFICACIÓN		31
OBJETIVOS		33
HIPÓTESIS		33
MATERIAL Y MÉTODO	TIPO DE POBLACIÓN	34
	TIPO DE ESTUDIO	34
	ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	34
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
	PROCEDIMIENTO	37
	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	37
RESULTADOS		38
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS		42
TABLAS		44
FIGURAS		51
REFERENCIAS		59

v

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La histerectomía representa uno de los procedimientos quirúrgicos más discutidos en toda la Historia de la Medicina.

A partir de los años setentas, se intensificaron los debates en torno de la histerectomía conforme la administración de los servicios de salud iniciaron a regular los costos de la atención médica y disminuir los procedimientos innecesarios. Asimismo, el enfoque costo-beneficio, la mejoría de la calidad y la administración de resultados, llamaron la atención sobre la histerectomía porque es un procedimiento que se realiza muy frecuentemente.

El debate de la histerectomía se vio más impulsado por la introducción del abordaje laparoscópico para la operación.

Por otra parte, independientemente de todos los avances científicos, la decisión de realizar una histerectomía depende de la interpretación subjetiva de los síntomas por la paciente y de manera conjunta con su médico, de donde se deriva una participación esencial de la paciente en la toma de la decisión y del juicio clínico por el cirujano ginecoobstetra.

Una vez que se considera necesaria la realización de la intervención quirúrgica, el médico debe decidir si la realiza por vía abdominal o vaginal. En algunas series la proporción de la histerectomía abdominal con la vaginal oscila de 6:1 a 3:1. Sin embargo, en otros reportes igual de importantes, se enfatiza la baja tasa de operaciones vaginales, ya que es un procedimiento base en la práctica de la cirugía ginecológica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

MARCO TEÓRICO.

HISTORIA.

La histerectomía vaginal precedió en muchos siglos a la histerectomía abdominal. Existen algunas referencias que datan del siglo V a. C. en época de Hipócrates. Se dice que *Soranus de Efeso amputó un útero gangrenoso por vía vaginal en el siglo II d.C.* En Italia, Berengario de Capri realizó una histerectomía vaginal en 1517. Hacia 1560, Andrea della Croce en España realizó una histerectomía vaginal. En el año 1600, Schenk reunió y comunicó 26 casos de histerectomía vaginal. De manera paralela, existen comunicaciones acerca de la realización de histerectomías vaginales por algunas parteras. En términos generales, todas las histerectomías se efectuaron por prolapso uterino o inversión uterina (1).

Las histerectomías vaginales se realizaron de manera esporádica durante los siglos XVII y XVIII. Entre 1800 y 1816, Baudelocque, en Francia, realizó 23 histerectomías vaginales. Ossiander, en Gottingen, realizó ocho procedimientos de histerectomía vaginal. Para 1810, Wrisberg presentó un trabajo en la Academia Real de Viena en el que recomendaba la histerectomía vaginal para tratamiento del cáncer de útero. Langenbeck, un cirujano alemán, realizó una histerectomía vaginal exitosa por cáncer de útero en 1813. Sauter fue el primero en usar ligaduras en los ligamentos anchos en 1822. En el año de 1829, Recamier, en Francia, realizó una histerectomía vaginal también con buenos resultados. Hacia el año de 1829, Collins Warren de la Universidad de Harvard realizó la primera histerectomía vaginal en los Estados Unidos de Norteamérica. Herman y Werneberg llevaron a cabo una histerectomía vaginal exitosa por cáncer uterino en 1832 en Pittsburgh (1,2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La primera miomectomía vaginal fue realizada por Amussat en Francia en 1840. En 1843, Esselman, en Nashville, removió de manera satisfactoria por vía vaginal un útero miomatoso invertido.

En 1878, Freund en Alemania realizó importantes mejoras a la técnica de la histerectomía vaginal. Recomendó colocar clamps hemostáticos a través de los ligamentos anchos, remover el útero y dejar colocados los clamps durante dos a tres días.

También en Alemania hacia el año de 1893, Schchardt realizó la primera histerectomía vaginal extensa por cáncer cervical.

A finales del siglo XIX, la técnica quirúrgica de la histerectomía vaginal fue revisada y descrita en forma sistemática por Czerny, Billroth, Mikulicz, Schoeder, Kocher, Teuffel y Spencer (1).

Al Dr. Macías, Director del Hospital Morelos en los años treinta, se le debe la introducción de la cirugía ginecológica en ese Centro Hospitalario. Antes de él, todos los procedimientos de terapéutica eran internos, y desde su llegada a la Dirección tomó el lugar que le corresponde la cirugía ginecológica. Practicaba sus cirugías no solo por la vía abdominal, sino por la "vía baja" antes que el cirujano Dr. Julián Villarreal, implantara en México esta cirugía.**

Los cirujanos que más se distinguieron en el Hospital durante la Dirección del Dr. Macías, fueron su discípulo Dr. Ulises Valdés y el Dr. Ricardo Gamboa, entre otros **

** Tomado de Quiroz Rodiles A Breve Historia del Hospital Morelos, Departamento de Salubridad, México 1933



Dentro de la historia de este procedimiento quirúrgico también resulta importante considerar que en el año de 1946, Miller revisó pacientes que habían sido sometidas a una histerectomía e informó que en el 33.1% de los casos o bien no había ninguna enfermedad o bien había una enfermedad que contraindicaba dicho procedimiento. A partir de allí, en 1953, Doyle informó que en su revisión, el 39% de las histerectomías fueron innecesarias. Trussell y cols., comunicaron en 1962 que más del 30% de las histerectomías fueron innecesarias. Por otra parte, Fine y Morehead informaron en el año de 1971 que especialistas certificados revisaron registros de casos y consideraron que el 43% de las histerectomías no estaban justificadas (1,3).

La validez de los estudios que han demostrado una alta tasa de histerectomías no necesarias también ha sido puesto en tela de juicio.

Para determinar el porcentaje de diagnósticos preoperatorios que fueron confirmados por el examen patológico, algunos autores analizaron datos de un estudio prospectivo multicéntrico llevado a cabo en la División de Salud Reproductiva del los Centers for Disease Control (CDC) en Atlanta y encontraron que de 1.851 entre 15 a 44 años el 69% fueron sometidas a histerectomía abdominal y el 31% a histerectomía vaginal. En el 52% de los casos, las histerectomías se realizaron por un diagnóstico preoperatorio que potencialmente podía ser confirmado por medio de un examen patológico. El examen patológico en realidad confirmó el diagnóstico preoperatorio de hiperplasia endometrial en el 95% de los casos, neoplasia intraepitelial cervical en el 89% de los casos, miomatosis en el 84% de los casos, enfermedad pélvica inflamatoria en el 75%, adenomiosis en el 48% y endometriosis en el 47%. Así, de todos los diagnósticos potencialmente confirmables, fue confirmado el 80% de los casos. El 48% tuvieron diagnósticos preoperatorios que no eran posibles de confirmación por medio de examen patológico. La

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayoría de estas histerectomías se realizaron por: 1) trastornos hemorrágicos menstruales, 2) dolor pelviano o 3) Trastornos de la estática pélvica.

Recientemente, Broder y cols., en una revisión de 497 pacientes sometidas a histerectomía, encontraron que el 76% de los casos no satisficieron los criterios señalados por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) para la realización de dicho procedimiento (1,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICACIONES APROPIADAS PARA LA HISTERECTOMÍA VAGINAL.

Una histerectomía apropiadamente indicada y realizada proporciona importantes beneficios para las pacientes correctamente informadas con síntomas o una enfermedad ginecológica significativa (5). Sus indicaciones incluyen:

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL.

La hemorragia uterina disfuncional se define como una hemorragia abundante, prolongada o frecuente (menorragia, metrorragia o polimenorrea) de origen uterino en ausencia de infección, tumores, embarazo o condiciones clínicas asociadas. En otras palabras, es un diagnóstico que sólo es apropiado cuando el examen pélvico es normal y se han excluido leiomiomas, pólipos endometriales, cáncer cervical y endometrial, embarazo, enfermedad inflamatoria pelviana y endometriosis. En algunas pacientes se puede encontrar hiperplasia endometrial. Si bien, esta indicación era muy frecuente, en la práctica ginecológica moderna casi siempre resulta posible tratarla mediante terapia hormonal. En ocasiones, es necesario el legrado endometrial y está indicado especialmente en mujeres mayores durante la década previa a la menopausia para descartar el diagnóstico de cáncer de endometrio (5)

La histerectomía no está indicada a menos que la hemorragia sea recurrente y severa y no responda al tratamiento hormonal y al legrado endometrial en diversas ocasiones. Cuando es necesaria la histerectomía, por lo común se puede realizar por vía vaginal a menos que esté contraindicado. En mujeres jóvenes, nunca debiera realizarse una histerectomía para tratar una hemorragia uterina disfuncional (6).

ADENOMIOSIS.

La dismenorrea, la menorragia y el aumento de tamaño del útero en general simétrico y más prominente en sentido anteroposterior puede indicar una adenomiosis. Dependiendo de la severidad de los síntomas, la histerectomía puede estar indicada después de la falta de respuesta a medidas conservadoras, como el tratamiento hormonal o el legrado uterino. Se puede realizar una histerectomía tanto vaginal como abdominal.

Cabe señalar que la adenomiosis no representa una indicación frecuente para histerectomía. La adenomiosis y la hiperplasia endometrial asociadas son poco frecuentes. El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis puede no ser confirmado patológicamente, y es probable que la adenomiosis mínima hallada por medio del estudio patológico cuidadoso no tenga ninguna significancia clínica. En un estudio de validación de indicaciones de histerectomía realizado por Gambone y cols., la adenomiosis representó la indicación menos frecuente ya que sólo el 38% de los reportes patológicos proporcionaron la confirmación (6,7).

ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA PÉLVICA.

El descenso sintomático o prolapso del útero, en general asociado con la relajación sintomática de la pared vaginal (es decir, cistourethrocele, enterocele y rectocele) con incontinencia urinaria de esfuerzo o sin ésta, es una indicación frecuente para la histerectomía vaginal con restablecimiento de la anatomía normal y el sostén apropiado del tracto vaginal, representando aproximadamente el 15% de las histerectomías. Debe recalcar que esta operación está indicada sólo si los síntomas son suficientemente severos como para justificar el riesgo que involucra; si las medidas conservadoras, como los ejercicios de Kegel o los estrógenos vaginales, han fracasado en proporcionar una comodidad suficiente, y sobre todo si la paciente solicita alivio. Rara vez está indicada una

operación para corregir la relajación anatómica asintomática y leve de las paredes vaginales y el descenso del útero.



Prolapso genital total

La histerectomía no es una parte necesaria de los procedimientos quirúrgicos para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo. Por otra parte, la reparación vaginal de un enterocele y un cistocele grandes sintomáticos en general se lleva a cabo mejor si también se realiza la histerectomía vaginal de manera simultánea (8).

LEIOMIOMAS UTERINOS.

La paciente con pequeños leiomiomas uterinos asintomáticos puede ser seguida con exámenes pélvicos periódicos. Si no aparecen síntomas antes de la menopausia, es improbable que sea necesaria la histerectomía después de la misma. Usualmente no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aparecen nuevos miomas después de la menopausia y los presentes detienen su crecimiento y con frecuencia se tornan más pequeños.

Los leiomiomas uterinos constituyen el motivo más común de una histerectomía, y son responsables de aproximadamente el 30%. La histerectomía abdominal o vaginal puede estar indicada si hay malestar, polaquiuria u obstrucción urinaria, menorragia o metrorragia asociadas. Cuando el útero no es demasiado grande, primero debe intentarse un enfoque conservador como el legrado uterino. En caso de encontrar un mioma submucoso por medio de histerografía, histeroscopia o legrado uterino, es improbable que las medidas conservadoras alivien la hemorragia de la



paciente. Según las circunstancias, un mioma submucoso puede ser removido mediante el histeroscopio, con una miomectomía o con una histerectomía (6).

Es posible que un útero leiomiomatoso sea bastante grande y aún así no cause síntomas. Cuando llega al tamaño equivalente al de un útero con una gestación de 12 a 14 semanas, se puede hacer la recomendación de histerectomía únicamente sobre la base del tamaño.

Si bien en general, se prefiere un abordaje abdominal cuando está indicada la histerectomía por leiomiomas grandes, se puede preferir una histerectomía vaginal

cuando los leiomiomas sintomáticos son pequeños. Puede ser necesaria una morcelación extensa para remover un útero leiomiomatoso por vía vaginal (9).

Cuando se encuentra un mioma submucoso pediculado que protruye a través del orificio cervical, debe considerarse que prácticamente en todos los casos coexiste infección y debe ser removido por medio de una miomectomía vaginal para prevenir la inevitable contaminación bacteriana de la cavidad peritoneal si se realizara histerectomía. Después de algunas semanas, si persiste el crecimiento uterino o la sintomatología, entonces puede realizarse una histerectomía vaginal o abdominal (10).

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL.

En circunstancias bien controladas, una neoplasia intraepitelial cervical puede ser tratada en forma adecuada en muchas pacientes con cauterización, criocirugía, cirugía con láser o conización cervical. En ocasiones se aconseja la histerectomía en pacientes que no desean o son incapaces de continuar la reproducción y en las pacientes cuya displasia cervical es severa o con carcinoma *in situ* como para ser removido mediante conización cervical u otras modalidades locales. Se prefiere la histerectomía vaginal a menos que esté contraindicada por una enfermedad de los anexos, crecimiento uterino u otras circunstancias. Se debe remover un manguito vaginal junto con el útero cuando el carcinoma *in situ* se extiende cerca del fondo de saco vaginal adyacente o sobre él (7).

HIPERPLASIA ADENOMATOSA ENDOMETRIAL.

La hiperplasia adenomatosa del endometrio con cambios atípicos es considerada por numerosos autores como precursora de un adenocarcinoma endometrial y por tanto constituye una indicación apropiada para histerectomía (11)



TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL DE HEANEY MODIFICADA.

Se coloca a la paciente en posición de litotomía dorsal, la piel se desinfecta con una solución alcohólica rebajada por encima del pubis y el tercio superior de los muslos y la vagina se desinfecta con una solución hidrosoluble como la povidona yodada. Se vacía la vejiga. Se explora a la paciente bajo anestesia, con colocación de valva en el punto de las seis, se tracciona el cérvix mediante una pinza evaluando la movilidad uterina.

Posteriormente se procede a realizar la circuncisión del cérvix, se tuneliza la pared vaginal anterior y se separa la vejiga hacia un lado, identificando y dividiendo el septo supravaginal, separando a la vejiga de la pared anterior del cérvix. Se pinzan, seccionan y ligan los ligamentos vesicouterinos, se abre el fondo de saco anterior. Se separa con precaución la mucosa vaginal de la vejiga, se secciona el peritoneo anterior, se fija sutura, se procede a realizar pinzamiento, corte y ligadura de los ligamentos uterosacros, con una doble lazada. El primer tiempo de sutura se efectúa por encima de la punta de la pinza. El segundo tiempo de sutura se realiza en la parte posterior del pedículo con sutura absorbible del uno, dejando los cabos de la sutura largos; después se tracciona el útero hacia fuera y un poco hacia el lado contrario. Con la ayuda del dedo índice de la mano opuesta, una pina de Heaney o similar se introduce en el interior del fondo de saco posterior. Se pinzan los ligamentos uterosacros, en la reflexión del peritoneo. La punta debe alejarse del cérvix, haciendo así posible el corte del peritoneo siguiendo la línea entre la incisión anterior y posterior de la vagina. El pedículo cortado es ligado con sutura absorbible, dejando los cabos largos. Posteriormente se pinzan, cortan y ligan los ligamentos cardinales con sutura Vycril número uno. Se identifican los vasos uterinos, mismos que se pinzan, cortan y ligan con catgut crómico del uno, con una ligadura simple, se confirma hemostasia. Para pinzar, seccionar los ligamentos uteroováricos y redondos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El útero se desplaza hacia la vagina anterior o posterior, como resulte más fácil. Se tracciona el útero y se sujetan los ligamentos con el dedo índice de la mano contraria del cirujano, mientras una pinza curva fuerte se coloca en la proximidad del útero. Se corrobora que no se incluyan otros tejidos. Se cortan y ligan con una ligadura simple, pero si el pedículo es muy grueso, ésta puede ser doble. Los anexos son inspeccionados y palpados y si está indicado se realiza salpingooforectomía.

Se sutura el peritoneo mediante una sutura en bolsa de tabaco en las esquinas y posteriormente se sutura de forma continua en el centro.

Los pedículos parametriales se suturan de manera extraperitoneal a los ángulos laterales de la incisión vaginal, transcurren lateralmente a través de la pared de manera que la vagina adquiere una conformación característica.

Alrededor de los pedículos, tras el anudado de los puntos, se realizan (si está indicado) la colpoplastia anterior o posterior respectivamente, o ambas (12)

TÉCNICAS DE COLPOPLASTÍA ANTERIOR Y POSTERIOR.

Se realiza colpotomía en la línea media la pared vaginal se separa de la fascia vesical en el espacio vesicovaginal. La pared y la fascia vaginales se tunelizan y separan con disección cuidadosa del tejido laxo del plano vesicovaginal y se seccionan en la línea media 1 cm por debajo del meato uretral. Se realiza disección del tejido conectivo de la pared vaginal en el espacio vesico-vaginal del centro hacia fuera. Se toman los bordes de la pared vaginal con pinzas de Allis separadas hacia fuera. Tras la separación de la pared vaginal, el diafragma se retrae lateralmente hacia el arco púbico. El colgajo vaginal se despliega cerca de la pared vaginal con bisturi y se retira el tejido mediante tijeras, se

realiza aproximación de los ligamentos vesicouterinos, éstos se traccionan de los lados y se suturan en la línea media con material sintético, se sutura en forma transversa y discontinua imbricando cuidadosamente la fascia vesical de detrás hacia delante a tensión moderada, se pliega la fascia en la línea media, debajo de la vejiga. Esta sutura tracciona hacia arriba el cuello vesical por detrás de la sínfisis y crea un ángulo vesicouretral. Para estabilizar el cuello vesical lateralmente es necesario a veces colocar otra sutura lateral a la última en el cuello vesical. Esto mantiene al ligamento uterotendinoso a tensión, se aproxima el tejido parauretral en el caso poco frecuente de que exista un uretrocele y en pacientes con cistocele, el exceso de la pared vaginal se reseca con tijera. La lengüeta de tejido se estrecha hacia el frente donde se junta con la incisión de la colpotomía, formando un ángulo afilado, es importante dejar suficiente tejido vaginal para cubrir el ángulo vesicouretral. La vagina se cierra con sutura discontinua sintética y reabsorbible del 3 - 0.

En la colpoplastia posterior el introito debe ser suficientemente ancho para que quepan dos dedos y de acuerdo con esto se realiza la incisión en la pared vaginal posterior.

En el margen del himen para señalar y evaluar la extensión de la incisión, se realiza una incisión transversa (invertida, triángulo de Hegar o incisión romboide). La extensión lateral de la incisión produce un cierre más o menos pronunciado de la entrada a la vagina (colpocleisis), se realiza una incisión sagital, se tuneliza con tijera de Metzenbaum y se divide en la línea media, los bordes de la incisiones sujetan con pinza de Allis y se disecciona del cuerpo del periné hacia el lado con bisturi o tijeras, se realiza disección cortante y próxima a la mucosa vaginal. Más arriba se entra en el espacio rectovaginal, disección con el dedo. Después se realiza plicatura del tejido del límite alto de la vagina. Se disecan los pilares rectales. Se aproximan los pilares rectales y la fascia perirrectal retraída, se practican suturas tomando pequeñas porciones de tejido de cada lateral. Se emplea

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

material de sutura reabsorbible. El recto se sujeta hacia abajo con dos dedos (para evaluar la amplitud vaginal), después de cada sutura y es preferible cerrar la parte alta de la incisión vaginal ya que ésta se hace más difícil de realizar según avanza la intervención. Se aproximan los elevadores en el tercio inferior de la vagina para corregir la divergencia de estos músculos, se suturan lateralmente. Se reconstruye el periné, plegando el tejido conectivo y se hace un corte del exceso de tejido, sutura continua de la piel por planos. Se confirma hemostasia (12).



Pinzamiento del cérvix. Posteriormente se realiza circuncisión anterior del mismo.



Pinzamiento del ligamento. Vesico-Uterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

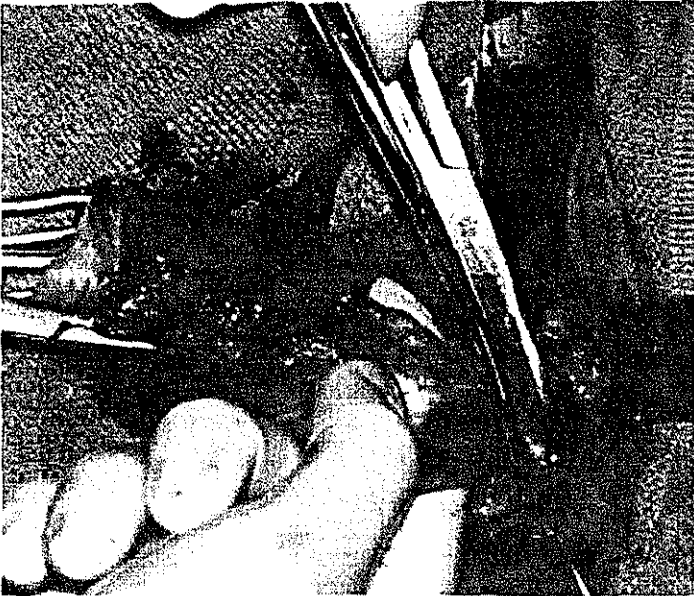


Pinzado y sección del ligamento cardinal izquierdo.



Pinzamiento y ligadura de arterias uterinas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Pinzamiento de ligamentos redondos y útero-ováricos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Extracción de Pieza.

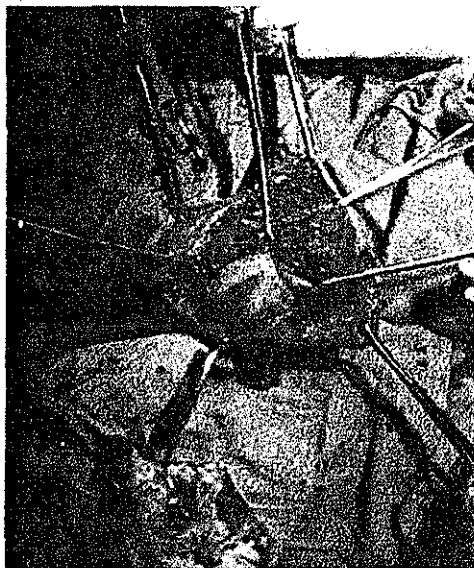


Sutura de peritoneo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

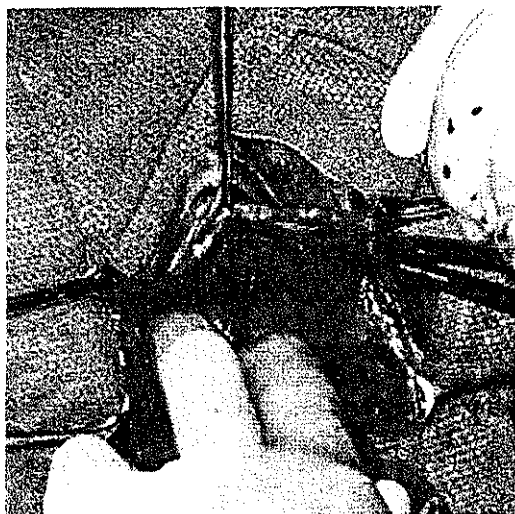


Colpotomía anterior en la línea media.



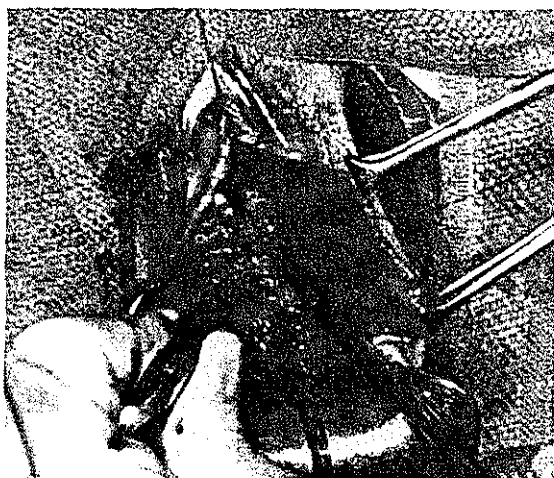
Disección del tejido de la pared vaginal en el espacio vesico-vaginal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

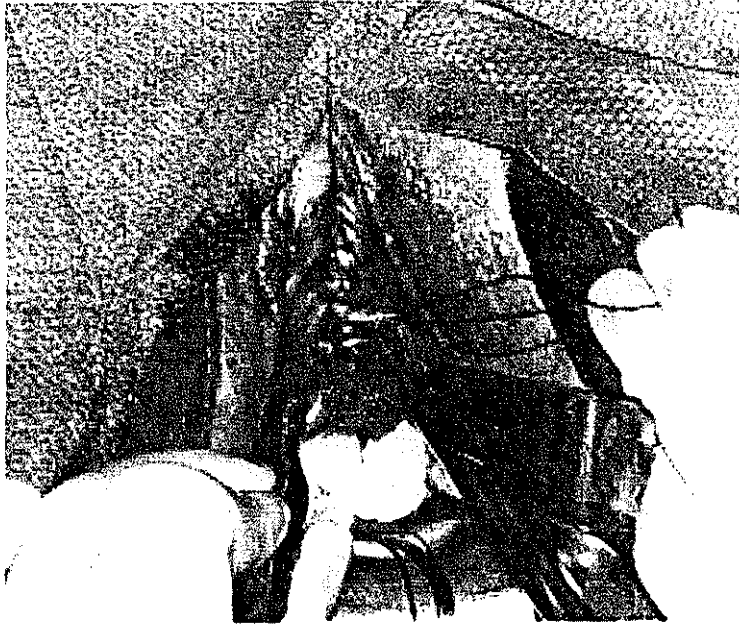


Posterior a la aproximación de ligamentos vesico-uterinos, se inicia plicatura de la fascia vesical con sutura discontinua.

Colporrafia anterior completa.

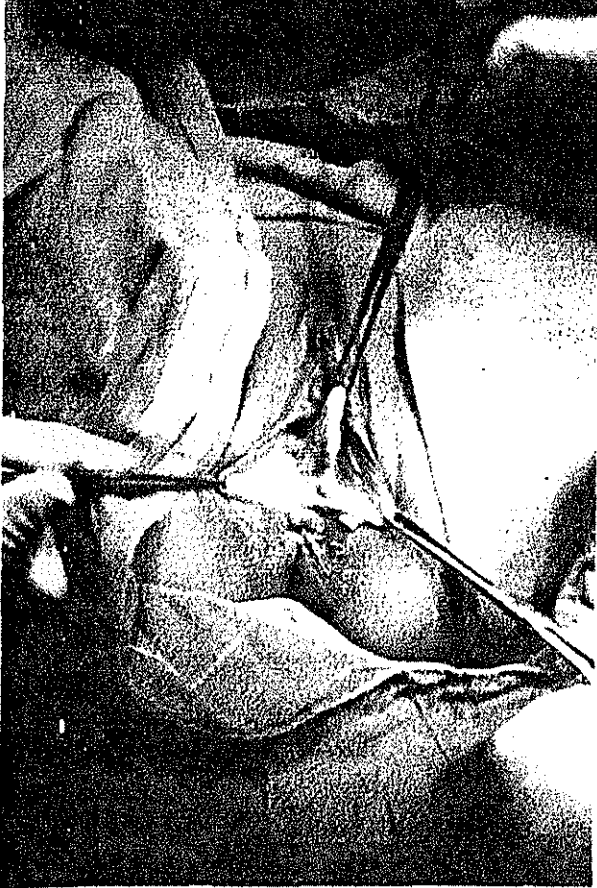


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



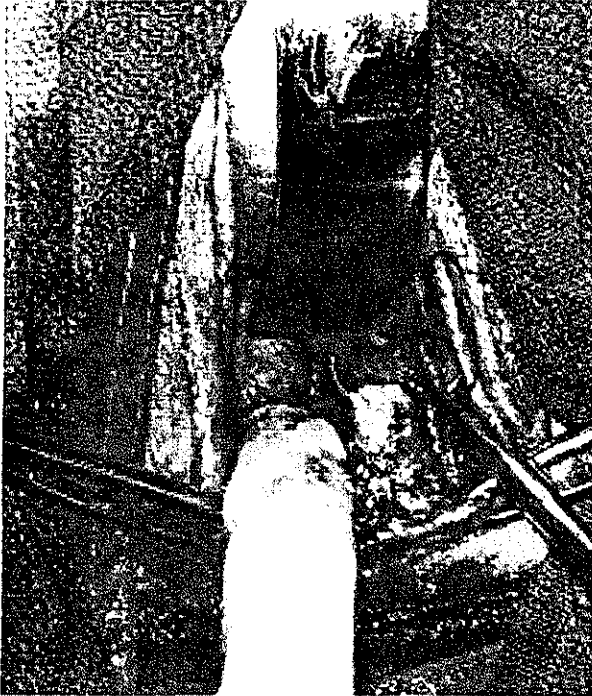
Sutura de la mucosa vaginal discontinua.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Exposición de la pared vaginal posterior.

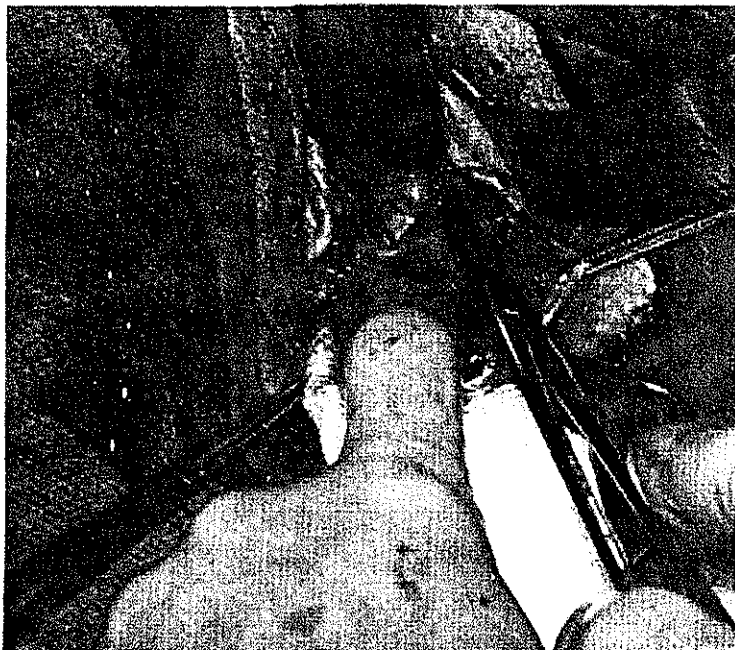
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Reconstrucción del periné.

**Primera sutura para
aproximar los músculos
elevadores.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Sutura continua de la piel, para la
reconstrucción del periné.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL.

La descripción y frecuencia de las principales complicaciones de la histerectomía se derivan de un estudio multicéntrico denominado "CREST" (Collaborative Review of Sterilization) realizado entre 1978 y 1981 y desde entonces diversos autores han ratificado los resultados de dicho estudio, demostrando también que no han ocurrido cambios significativos en las tasas reportadas en dicho estudio considerado como clásico (13).

HEMORRAGIA.

Se reportan complicaciones hemorrágicas del 1 al 3% de las histerectomías. La hemorragia puede dividirse en tres categorías principales: 1) transoperatoria, 2) posoperatoria temprana, y 3) posoperatoria tardía.

HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA.

Se define como hemorragia transoperatoria cuando una paciente requiere transfusión sanguínea de más de 1,000 ml durante la operación o la pierde. No hay anemia preoperatoria o hemorragia posoperatoria y no se realizan procedimientos concomitantes excepto colporrafia, salpingooforectomia.

La hemorragia transoperatoria ocurre del 0.2 al 3.7% de los casos. El estudio CREST señaló una hemorragia transoperatoria del 0.7% en la histerectomía vaginal (14).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HEMORRAGIA POSOPERATORIA.

Es cualquier pérdida de sangre que requiere tratamiento después de la operación. La mayor parte de dichos casos requiere resutura de la cúpula vaginal o de los pedículos vasculares. La hemorragia posoperatoria puede dividirse en temprana (menos de 48

vasculares. La hemorragia posoperatoria puede dividirse en temprana (menos de 48 horas después de la operación) y tardía (más de 48 horas después de la operación); al parecer suceden con una frecuencia relativamente equivalente. Esta complicación es más frecuente en la histerectomía vaginal. El estudio CREST reportó a la hemorragia posoperatoria como complicación en el 1.9% de los casos de histerectomía vaginal (13,14).

INFECCIÓN.

La infección que complica la histerectomía se observa en tres casos distintos: 1) fiebre no explicada, 2) infección de la herida quirúrgica, y 3) infección distinta al sitio de la operación.

FIEBRE NO EXPLICADA.

La definición más frecuente de ésta es una temperatura de más de 38 °C en dos ocasiones con al menos cuatro horas de diferencia y más de 24 horas después de la operación.

Al respecto, el estudio CREST enfatizó que muchas pacientes con fiebre posoperatoria no tienen una fuente obvia de infección. Se comunicó en pacientes sometidas a histerectomía vaginal un 15.3% de casos con fiebre posoperatoria y en el 7.2% de ellas no se determinó el origen (13).

INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.

Con la histerectomía vaginal no hay herida quirúrgica abdominal; en consecuencia, el sitio de infección quirúrgica es sinónimo de infección pélvica. Según el estudio CREST la tasa de infección pélvica después de la histerectomía vaginal es de 3.9% (14).



INFECCIÓN DISTINTA AL SITIO QUIRÚRGICO.

Las dos principales fuentes de infección distintas al sitio quirúrgico son la de vías urinarias y la neumonía. La tasa de la infección de vías urinarias es mayor cuando se toman cultivos sistemáticos de la sonda de Foley antes de retirarla. Sin duda hay casos de infecciones con cultivos positivos, que se resuelven de manera espontánea al retirar la sonda; la tasa de esta infección ha disminuido con el tiempo, dado el uso cada vez mayor de antibióticos profilácticos. La tasa actual de infección sintomática de vías urinarias después de la histerectomía se señala del 1 al 5%. Se discute acerca de si el evitar el sondeo posoperatorio sistemático pudiera disminuir más esta tasa. Bartzen, en un estudio con un número importante de pacientes pero sin grupo testigo, encontró una menor tasa de infección urinaria con el retiro temprano de la sonda en el periodo posoperatorio.

Summitt, por otra parte, notó una incidencia ligeramente menor de infección de vías urinarias, pero sin significancia desde el punto de vista estadístico. No obstante, diversos autores apoyan la tendencia hacia una menor duración o la eliminación del sondeo posoperatorio.

La neumonía es una complicación rara de la histerectomía y se sabe que los siguientes factores aumentan el riesgo de neumonía posoperatoria 1) antecedente de enfermedad pulmonar subyacente. 2) antecedente de alcoholismo, y 3) edad avanzada. Cuando ocurre esta complicación usualmente es grave (15)

También se ha encontrado como complicación al absceso pélvico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LESIONES DE ÓRGANOS ADYACENTES.

Las lesiones a órganos adyacentes durante la histerectomía son complicaciones frecuentes que afectan sobre todo a la vejiga, el intestino y el uréter. Las publicaciones previas al estudio CREST por lo general señalaron menos de 0.5% de lesión vesical. El estudio CREST informó una frecuencia de lesión vesical de 1.6% para la histerectomía vaginal. Investigaciones recientes, confirman una tasa global de 1 a 2% de lesión vesical. Las posibles explicaciones para dicho aumento en la tasa de lesiones vesicales son: 1) posible subinforme en publicaciones anteriores, 2) aumento en el número de "histerectomías vaginales difíciles" y 3) un mayor número de mujeres histerectomizadas con antecedente de cesárea. Diversos autores comunicaron que el riesgo de lesión de la vejiga en el momento de la histerectomía es mayor si existe antecedente de cesárea. Sin embargo, no se dispone de grandes estudios prospectivos a la fecha que respondan de manera definitiva a esta aseveración

El riesgo de lesión del intestino durante la histerectomía tiene gran correlación con la dificultad del procedimiento quirúrgico. Las lesiones intestinales suceden principalmente de dos maneras: 1) lesión del intestino delgado durante la lisis de adherencias y 2) daño del recto al disecar el fondo de saco posterior. La tasa global de lesiones intestinales es de 0.4% para la histerectomía vaginal.

La lesión ureteral es similar a la del intestino porque la frecuencia de su aparición depende mucho de la dificultad del procedimiento. En el estudio CREST no se encontró ningún caso de lesión ureteral en histerectomías vaginales y una tasa de 0.2% para las histerectomías abdominales. La menor tasa de lesiones durante la histerectomía vaginal se debe, al menos parcialmente, a la selección de histerectomía abdominal para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

procedimientos más difíciles. Al respecto, algunos autores han comunicado que la técnica de histerectomía vaginal protege contra las lesiones ureterales (13 – 15).

TRASTORNOS DIVERSOS.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA.

Los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica después de la histerectomía fueron dilucidados por Clark-Pearson e incluyen: 1) edad, 2) raza, 3) cáncer, 4) antecedente de trombosis venosa profunda, 5) edema de extremidades inferiores, 6) venas varicosas, 7) obesidad, y 8) antecedente de radioterapia. Los factores transoperatorios de peligro son: 1) mayor tiempo anestésico, 2) mayor pérdida sanguínea y 3) transfusión transoperatoria. En un grupo de bajo riesgo de pacientes, la tasa de enfermedad tromboembólica comunicada por el grupo CREST fue de 0.2% tanto para la histerectomía vaginal como para la abdominal. Chyssikopoulous, por otra parte, en un grupo considerado como de alto riesgo señaló una tasa de enfermedad tromboembólica de 1.6% para las mujeres a las que se les realizó histerectomía vaginal

Es controvertido el aspecto de profilaxis para enfermedad tromboembólica en pacientes histerectomizadas por padecimiento benigno. Se han recomendado varios métodos, como heparina a dosis bajas y dispositivos de compresión de extremidades pélvicas. Aunque hay acuerdo general de que se requiere alguna forma de profilaxis para las pacientes de alto riesgo sometidas a histerectomía, no hay consenso sobre cual método es el de elección. Tampoco hay pautas para la profilaxis en grupos de mujeres con un riesgo bajo y moderado en las que se hace histerectomía (16).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA.

Existen reportes anecdóticos de evisceración después de la histerectomía vaginal.

También ocurre formación de granuloma de cúpula por alteración del proceso de cicatrización.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAYORES NO INTENCIONALES.

El estudio CREST creó una categoría titulada "procedimientos quirúrgicos mayores no intencionales concomitantes o consecutivos a la histerectomía". Se incluyen en esta categoría las lesiones quirúrgicas de intestino, vejiga y uréteres, que requieren corrección quirúrgica importante. La tasa reportada fue de 5.1% en la histerectomía vaginal (13).

JUSTIFICACIÓN

Es de aceptación general que casi todos los ginecólogos prefieren realizar la histerectomía por vía vaginal cuando debe darse tratamiento de forma concomitante a un cistocele, rectocele o enterocele. Casi la mitad de las histerectomías vaginales se realizan por prolapso uterino y para reparación del piso pélvico.

Se debe considerar que la cirugía ginecológica por vía vaginal, al igual que cualquier otra disciplina quirúrgica no está exenta de complicaciones, aún cuando en el transcurso del tiempo se ha llegado a un importante perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, así como en la preparación preoperatoria y cuidados posoperatorios del paciente; por lo que todo cirujano ginecólogo debe estar preparado para la prevención y tratamiento oportuno de dichas complicaciones.

Se refiere que las complicaciones derivadas de la histerectomía vaginal se han mantenido sin variaciones significativas desde el año de 1981.

En el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, el cual es un hospital de enseñanza, se realiza un número importante de histerectomías vaginales, en las cuales participa el médico residente de la especialidad de manera conjunta con el especialista ginecólogo.

Al respecto, se sabe que diversos autores que han investigado las curvas de aprendizaje-desempeño señalan que ello no constituye un factor que incide de manera significativa en la tasa de complicaciones en la cirugía ginecológica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que resulta importante verificar si las tasas de complicaciones en este Centro Hospitalario difieren de las reportadas en la literatura y enfatizar su prevención y tratamiento oportunos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Analizar las complicaciones perioperatorias que ocurren en la histerectomía vaginal en el Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Determinar la incidencia de complicaciones perioperatorias en la histerectomía vaginal.
- ✓ Determinar si los factores considerados de riesgo influyeron en el desarrollo de complicaciones.
- ✓ Verificar la concordancia entre la indicación quirúrgica y los hallazgos del estudio histopatológico.

HIPÓTESIS CENTRAL.

El tipo de complicaciones perioperatorias y sus tasas correspondientes derivadas de la realización de la histerectomía vaginal en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud no difieren de manera importante a las reportadas en la literatura médica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Analizar las complicaciones perioperatorias que ocurren en la histerectomía vaginal en el Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Determinar la incidencia de complicaciones perioperatorias en la histerectomía vaginal.
- ✓ Determinar si los factores considerados de riesgo influyeron en el desarrollo de complicaciones.
- ✓ Verificar la concordancia entre la indicación quirúrgica y los hallazgos del estudio histopatológico.

HIPÓTESIS CENTRAL.

El tipo de complicaciones perioperatorias y sus tasas correspondientes derivadas de la realización de la histerectomía vaginal en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud no difieren de manera importante a las reportadas en la literatura médica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE POBLACIÓN (UNIVERSO DEL PROBLEMA).

Mujeres de cualquier edad, sometidas a histerectomía vaginal, atendidas en el Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, durante el periodo comprendido entre enero de 1999 y diciembre del 2001.

TIPO DE ESTUDIO.

Al presente trabajo se le clasifica de la siguiente forma:

Observacional

Transversal

Retrospectivo

Descriptivo

Por lo que corresponde a una encuesta descriptiva retrospectiva (17).

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Edad.- Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Variable de tipo numérica de relación, se expresa en años.

Estado Civil.- Circunstancias personales que determinan la capacidad, derechos y obligaciones de los individuos. Variable de tipo nominal. Se expresa en soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

Escolaridad.- Duración de los estudios en un centro docente. Se expresa en grados académicos cursados. Variable de tipo numérico de intervalo.

Ocupación.- Empleo, oficio, dignidad: dedicarse a sus ocupaciones. Variable de tipo nominal.

Peso corporal.- Variable de tipo numérico de relación. En el sistema métrico decimal se expresa en gramos.

Talla.- Estatura. Sistema para medir a las personas (en centímetros). Variable de tipo numérica.

Toxicomanías.- Hábito patológico de ingerir sustancias que provocan sensaciones agradables o que calman el dolor, como la cocaína, tabaco, opio, etc. Las toxicomanías se caracterizan por causar estados de dependencia física o psíquica. Variable de tipo nominal.

Historia Obstétrica.- Se refiere al número de embarazos que ha tenido la paciente especificando vía de resolución de los mismos, según los siguientes eventos: partos, abortos y cesáreas. Variables numéricas.

Inicio de Vida Sexual Activa - Edad a la que la paciente comienza su actividad sexual. Variable de tipo nominal.

Peso del útero.- Variable de tipo numérica de relación que se refiere al peso de la pieza quirúrgica expresado en gramos

Colpectomía.- Es la remoción quirúrgica de la vagina. Variable de tipo nominal.

Colporrafia.- Cirugía vaginal realizada para corregir alteraciones en las estructuras pélvicas. Variable de tipo nominal. Se expresa como si y no.

Uretrosuspensión.- Levantamiento de la uretra para corregir la incontinencia urinaria. Variable de tipo nominal.

Oclusión tubaría bilateral.- Corresponde a la cirugía realizada para producir la pérdida de continuidad de las salpinges. Método de planificación familiar definitivo. Variable de tipo nominal.

Complicaciones perioperatorias.- Cualquier complicación que ocurra durante la cirugía o durante la estancia hospitalaria posoperatoria.

Estancia Hospitalaria.- Cantidad de días que el paciente se encuentra internado en el hospital. Variable de tipo numérico de relación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ✓ Mujeres de cualquier edad
- ✓ A quienes se efectuó histerectomía vaginal
- ✓ Durante el periodo comprendido entre enero de 1999 y diciembre del 2001.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ✓ Toda paciente intervenida de histerectomía vaginal no programada.

PROCEDIMIENTO.

Revisión de expedientes clínicos de la División de Ginecología de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal entre enero de 1999 y diciembre del 2001.

Lo anterior, de acuerdo con la fuente de datos registrada en el Archivo de Estadística del Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En el presente estudio se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión, tales como media o promedio aritmético, desviación estándar y porcentajes (18).

Los variables obtenidas de cada paciente se capturaron en una hoja de cálculo convencional y se analizaron mediante el programa SPSS para Windows Versión 10.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se registraron un total de 122 pacientes sometidas a histerectomía vaginal (HV), y se obtuvieron los siguientes resultados.

Características de las pacientes.

La edad de las pacientes osciló entre los 29 y los 108 años (edad media, 57.7 años \pm 13.8 DE). La distribución por grupos de edad, se ilustra en la figura 1.

En relación con el estado civil, se encontró predominio de las pacientes casadas (51.6%), seguidas de un 22.1% de pacientes viudas, 12.3% de pacientes en unión libre, 11.5% de pacientes solteras, y 0.8% paciente refirieron estar separadas de su pareja (figura 2).

Más del 80% de las pacientes eran analfabetas o contaban solamente con estudios a nivel primaria, lo que está acorde con la población a la que brinda su atención médica el Hospital de la Mujer, SSA (véase figura 3).

La mayoría de las pacientes (95.9%) no refirieron antecedentes de toxicomanias, y el restante 4.1% únicamente refirió tabaquismo, tal como se ilustra en la figura 4.

La ocupación principal de las pacientes correspondió a las labores del hogar (85.2%). El resto de las pacientes refirieron ocupaciones que incluyeron cuatro pacientes campesinas (3.3%), seis pacientes empleadas domésticas (4.9%), seis pacientes empleadas (4.9%) y dos pacientes (1.6%) eran comerciantes (tabla I)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El peso promedio de las pacientes fue de $57.9 \text{ Kg} \pm 9.12 \text{ DE}$ (rango, 33 a 79 Kg) y su talla osciló de 1.36 m a 1.92 m (talla media, $1.48 \text{ m} \pm 0.7 \text{ DE}$).

Patología agregada.

En el presente estudio se encontró que cincuenta y ocho pacientes (47.54%) tuvieron enfermedades concomitantes, siendo la más frecuente la hipertensión arterial en 26 pacientes (21.3%), seguida de insuficiencia venosa grado II en diez pacientes (8.2%) y diabetes mellitus tipo II en cinco pacientes. El resto de las enfermedades asociadas se resumen en la tabla II.

Antecedentes ginecoobstétricos.

La edad media a la que las pacientes iniciaron vida sexual activa correspondió a $19.25 \text{ años} \pm 4.94 \text{ DE}$ (rango, 13 a 46 años). Ninguna paciente se refirió sin inicio de vida sexual y la distribución en este rubro por grupos de edad se resumen en la tabla III.

El rango de gestaciones fue de 1 a 16 con una media de 6.2 gestaciones y una desviación estándar de ± 3.7 . La distribución de las pacientes según el número de gestaciones se ilustra en la figura 5.

El número máximo de partos fue de 15 y el mínimo de cero (paridad media, $5.7 \pm 3.5 \text{ DE}$), cuya distribución se muestra en la figura 6

En lo referente a los abortos 88 pacientes (72.1%) no tuvieron ningún aborto, 17 pacientes (13.9%) refirieron un aborto, 15 pacientes (12.3%) dos, una paciente (0.8%) refirió dos y una paciente (0.8%) refirió cuatro abortos (figura 7).

Siete pacientes (5.7%) tuvieron antecedente de operación cesárea, de ellas, una refirió tres cesáreas.

Histerectomía.

Las indicaciones predominantes para la realización de histerectomía vaginal fueron el prolapso genital en 58 pacientes (47.5%), el descenso uterino GIII en 35 pacientes (28.7%), descenso uterino grado II en siete pacientes (5.7%), cistorectocele en cuatro pacientes (3.3%). El resto de las indicaciones se resumen en la tabla IV.

El peso promedio del útero removido fue de 97.9 gramos, con una desviación estándar de ± 84.15 (rango, 24 a 800).

En el 96.7% de los casos (118 pacientes) se efectuó colporrafia anterior y en el 92.6% (113 pacientes) se realizó colporrafia posterior.

En 23 pacientes (18.9%) se realizó procedimiento de uretrosuspensión.

Se realizó salpingooforectomía unilateral en cuatro pacientes (3.3%) y bilateral en seis (4.9%) (véase figura 8).

Complicaciones perioperatorias.

Ocurrieron complicaciones preoperatorias en 26 pacientes (21.31%). Cuatro pacientes (3.27%) presentaron complicaciones en el periodo transoperatorio que incluyeron lesión de recto y vejiga (una paciente), lesión vesical (una paciente) y sangrado (dos pacientes) (tabla V).

Veintidós pacientes (18.03%) presentaron complicaciones postoperatorias mediatas que incluyeron seis casos de infección de vías urinarias (4.9%), cuatro pacientes desarrollaron

absceso de cúpula (3.3%), tres pacientes (2.5%) con descontrol metabólico, dos pacientes presentaron descontrol de la tensión arterial (1.6%), una paciente tuvo dehiscencia de ambas colporrafias (0.8%), una paciente con dehiscencia de colporrafia anterior (0.8%), una paciente presentó granuloma de cúpula (0.8%) y una paciente presento enfermedad vascular cerebral (0.8%). Cabe señalar que esta paciente, presentó también sangrado durante el transoperatorio (véase tabla VI).

Tomando en cuenta que ocurrieron 27 complicaciones, la frecuencia de complicaciones perioperatorias ascendió al 22.13%.

Los resultados del estudio se ilustran en la tabla VII, donde se observa que el reporte de patología que predominó fue el de cervicitis crónica en 48 pacientes (39.3%), seguido de miomatosis en 19 pacientes (15.6%) y adenomiosis en 11 pacientes (9%). El resto de los diagnósticos histológicos se resumen en la tabla VII.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 5.9 días con una desviación estándar de \pm 2.65 (rango, 3 a 21 días).

Ciento catorce pacientes (93.4%) requirieron cinco días o menos de estancia hospitalaria después de la histerectomía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio multicéntrico "CREST" (Collaborative Review of Sterilization) realizado en el año de 1982 calculó la frecuencia de complicaciones para diversos tipos de histerectomías (13) y ha sido utilizado como estándar para efecto de comparación. En 1995 Harris (19) concluyó que las complicaciones se habían mantenido sin modificaciones significativas. En ambas series, no se consideraron cirugías vaginales complejas ni procedimientos reconstructivos.

Por otra parte, Labrou en el año 2000 comunicó una serie de pacientes quienes fueron sometidas a cirugía pélvica reconstructiva (20).

Al realizar la comparación con estos estudios clásicos, se encontró en el presente trabajo, que dentro de las complicaciones consideradas como menores, la hemorragia ocurrió en 1.6% de los casos, siendo similar a lo reportado en el estudio CREST (1.6 a 2.6%). En el presente estudio, no a todos los pacientes se les realizaron procedimientos de reconstrucción y sin embargo, esta cifra es mayor a la reportada por Lambrou (20).

En el Hospital de la Mujer, dentro de las complicaciones perioperatorias, la infección de vías urinarias ocupó un 4.9% que aunque similar a lo reportado por Harris, fue ligeramente mayor a la encontrada por el Dr. Huerta en este mismo Centro Hospitalario en casos de cirugía vaginal (21). Por lo que se debe diagnosticar antes de la cirugía si existe infección de vías urinarias (bacteriuria asintomática) y dar tratamiento en forma profiláctica y hacer hincapié en la técnica de colocación de la sonda de Foley para evitar contaminación.

Por otra parte, la frecuencia de retención urinaria (2.4) fue menor a lo comunicado por el Dr. Huerta en este Hospital y por el Dr. Nieto en el Instituto Nacional de Perinatología (22).

En cuanto a las complicaciones mayores, la lesión vesical se presentó con una frecuencia del 2.4%. Esta cifra se encuentra entre la reportada por Harris (1.0 a 2.0%) en pacientes sin procedimientos reconstructivos y la comunicada por Lambrou (6%) en una serie de pacientes en quienes se realizaron procedimientos reconstructivos.

El absceso de cúpula ocurrió en 3.27% de la presente serie, cifra menor a la reportada previamente por el Dr. Pérez Alvarado en este mismo Hospital (23).

La dehiscencia de la colpografía fue similar a la encontrada por Lambrou (20).

En el presente trabajo, llama la atención que el porcentaje de pacientes con patología crónica agregada ascendió al 47.5%. Esta cifra, aunque menor a la reportada por Lambrou, se encuentra por superior a lo encontrado por Huerta en esta misma dependencia (22.4%), quien encontró una frecuencia de hipertensión arterial sistémica de 6.4% y de diabetes mellitus de 2.4%. En el presente estudio, la frecuencia de hipertensión arterial ascendió al 21.3% y la de diabetes mellitus a 4.1%.

Por lo que se concluye que el porcentaje de complicaciones de histerectomía vaginal en el Hospital de la Mujer es semejante a lo reportado a la literatura mundial. Debiendo poner atención en las complicaciones por infección, las cuales se pueden disminuir administrando en cada caso tratamiento profiláctico y supervisando la técnica de asepsia y antisepsia en cada procedimiento. La mortalidad fue de 0%.

**TABLA I. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR OCUPACIÓN
DE LAS PACIENTES**

OCUPACIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Hogar	104	85.2
Empleada Doméstica	6	4.9
Empleada	6	4.9
Campechina	4	3.3
Comercio	2	1.6
Total	122	100

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TABLA II. PATOLOGÍA ASOCIADA

PATOLOGÍA ASOCIADA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Ninguna	64	52.5
Hipertensión arterial	26	21.3
Insuficiencia venosa grado II	10	8.2
Diabetes mellitus tipo II	5	4.1
Cervicovaginitis bacteriana	4	3.3
Hipertensión arterial e insuficiencia venosa grado II	3	2.5
Diabetes mellitus e hipertensión arterial	3	2.5
EPOC	2	1.6
Diabetes mellitus y EPOC	1	0.8
Cardiopatía	1	0.8
Diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia venosa grado II	1	0.8
Diabetes mellitus e insuficiencia venosa grado II	1	0.8
Hipertensión arterial y EPOC	1	0.8
Total	122	100

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

**TABLA III. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE VIDA
SEXUAL**

GRUPO DE EDAD*	No. PACIENTES	PORCENTAJE
10 - 19	75	61.47
20 - 29	41	33.60
30 - 39	5	4.09
40 - 49	1	0.81
Total	122	100

* En años

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TABLA IV. INDICACIONES PARA HISTERECTOMÍA VAGINAL

INDICACIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Prolapso genital total	58	47.5
Descenso uterino GIII	35	28.7
Descenso uterino grado II	7	5.7
Cistorectocele grado II	4	3.3
Descenso uterino grado II y cistocele grado III	3	2.5
Prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo	3	2.5
Cistocele grado II	1	0.8
Cistocele grado II e incontinencia urinaria de esfuerzo	1	0.8
Descenso uterino grado II y cistocele grado II	1	0.8
Descenso uterino grado II y cistorectocele grado II	1	0.8
Descenso uterino grado III	1	0.8
Miomatosis uterina y cistocele grado II	1	0.8
Prolapso genital y Carcinoma de vagina	1	0.8
Prolapso genital y NIC II *	1	0.8
Descenso uterino GIII y cistocele grado II	1	0.8
Descenso uterino GIII e incontinencia urinaria de esfuerzo	1	0.8
Descenso uterino GIII y miomatosis	1	0.8
Descenso uterino GIII y NIC III *	1	0.8
Total	122	100

* NIC Neoplasia Intraepitelial Cervical

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TABLA V. COMPLICACIONES EN EL TRANSOPERATORIO

COMPLICACIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Ninguna	118	96.7
Sangrado	2	1.63
Lesión de recto y vejiga	1	0.8
Lesión vesical	1	0.8
Total	122	100

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TABLA VI. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS INMEDIATAS

COMPLICACIONES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Ninguna	100	82
Infección de vías urinarias	6	4.9
Absceso de cúpula	4	3.3
Descontrol metabólico	3	2.5
Descontrol de la tensión arterial	2	1.6
Retención urinaria	2	1.6
Dehiscencia de colporrafia anterior	1	0.8
Dehiscencia de ambas colporrafias	1	0.8
Enfermedad vascular cerebral	1	0.8
Granuloma de cúpula	1	0.8
Lesión vesical	1	0.8
Total	122	100

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

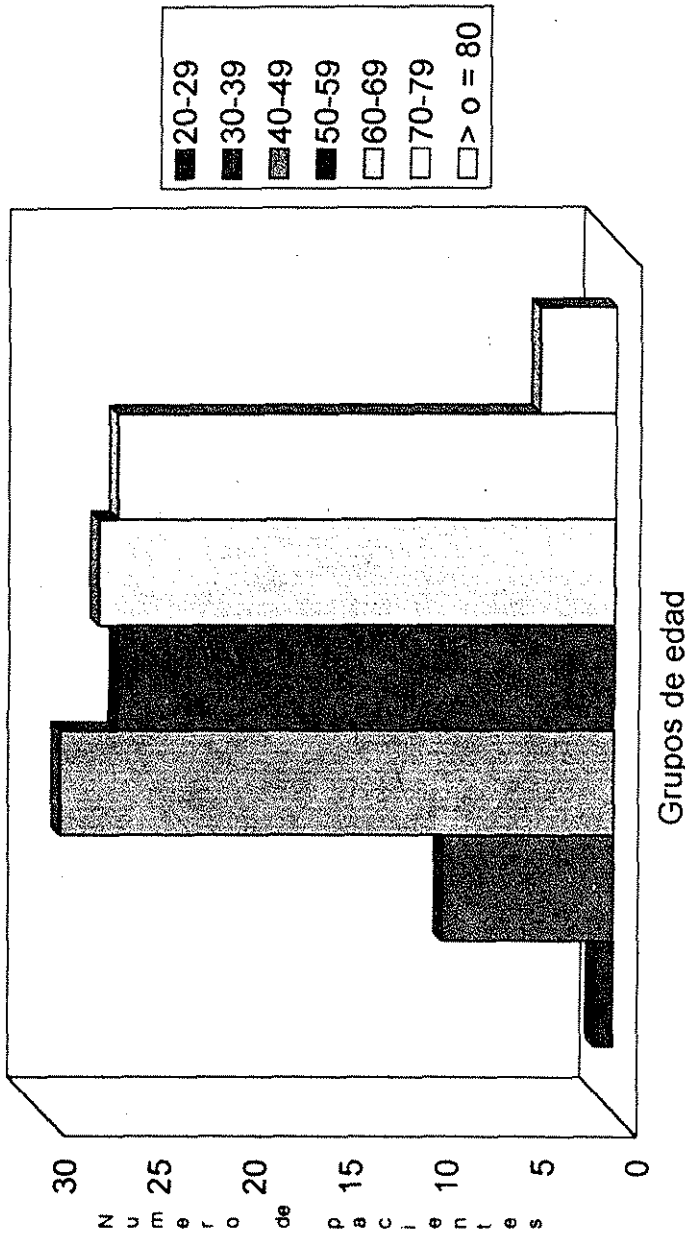
TABLA VII. RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS

DIAGNOSTICO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Cervicitis Crónica	48	39.3
Miomatosis	19	15.6
Adenomiosis	11	9
Adenomiosis y miomatosis	5	4.1
Utero normal	5	4.1
Cervicitis crónica y miomatosis	4	3.3
Hiperplasia endometrial simple	4	3.3
Atrofia cervical	3	2.5
Cervicitis crónica y atrofia endometrial	3	2.5
Cervicitis crónica e hiperplasia endometrial simple	2	1.6
Cervicitis crónica, miomatosis y atrofia cervical	2	1.6
Miomatosis e hiperplasia endometrial simple	2	1.6
NIC III	2	1.6
Adenomiosis y atrofia cervical	1	0.8
Adenomiosis y atrofia endometrial	1	0.8
Adenomiosis y cervicitis crónica	1	0.8
Adenomiosis e hiperplasia endometrial simple	1	0.8
Adenocarcinoma	1	0.8
Atrofia endometrial	1	0.8
Carcinoma de vagina	1	0.8
Cervicitis crónica y atrofia cervical	1	0.8
Cervicitis crónica y cistoadenoma seroso	1	0.8
Cervicitis crónica e infección por Virus de Papiloma Humano	1	0.8
Cervicitis crónica y NIC II	1	0.8
Total	122	100

NIC Neoplasia Intraepitelial Cervical

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

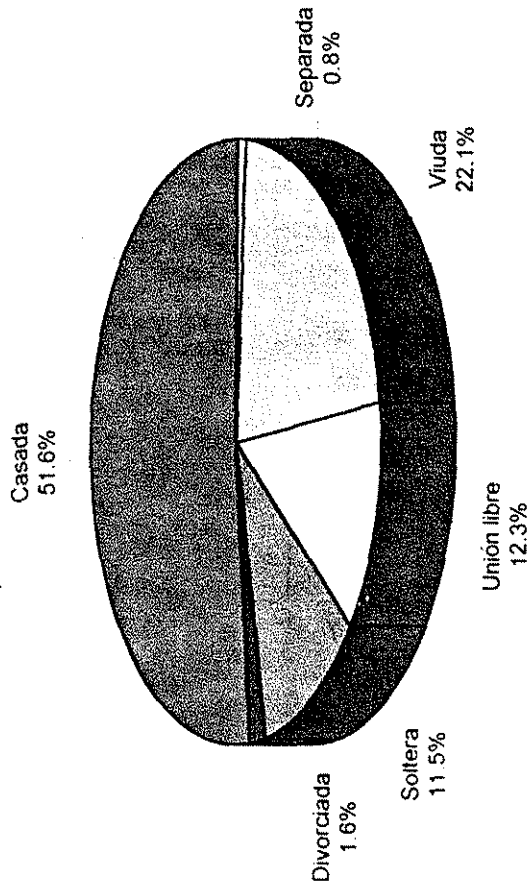
Figura 1. Distribución por Grupos Etáreos



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

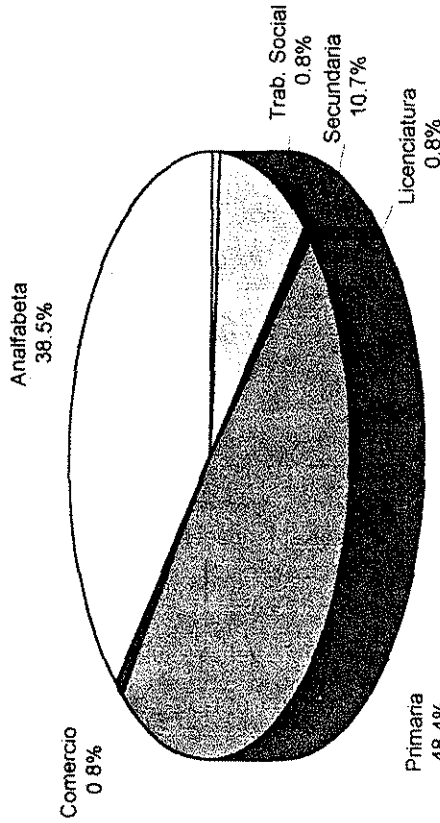
Figura 2. Distribución según Estado Civil



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

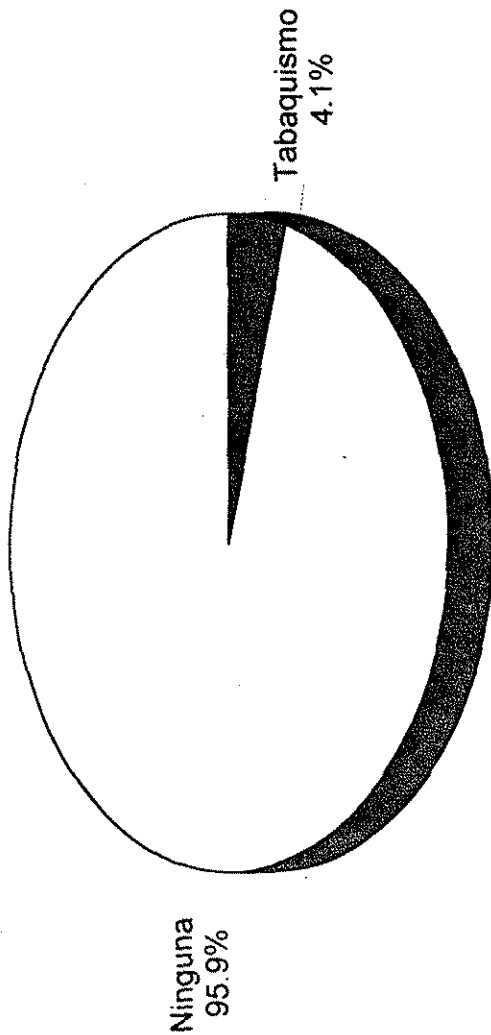
Figura 3. Distribución según Escolaridad



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

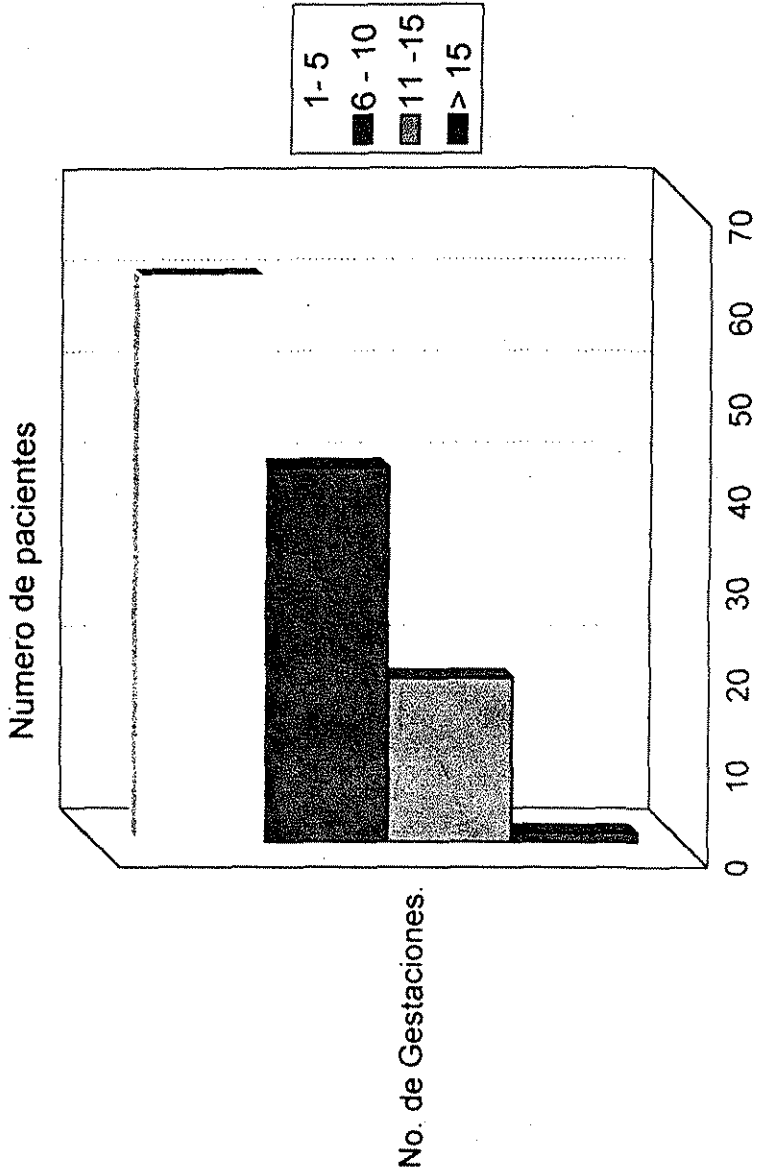
Figura 4. Toxicomanias



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

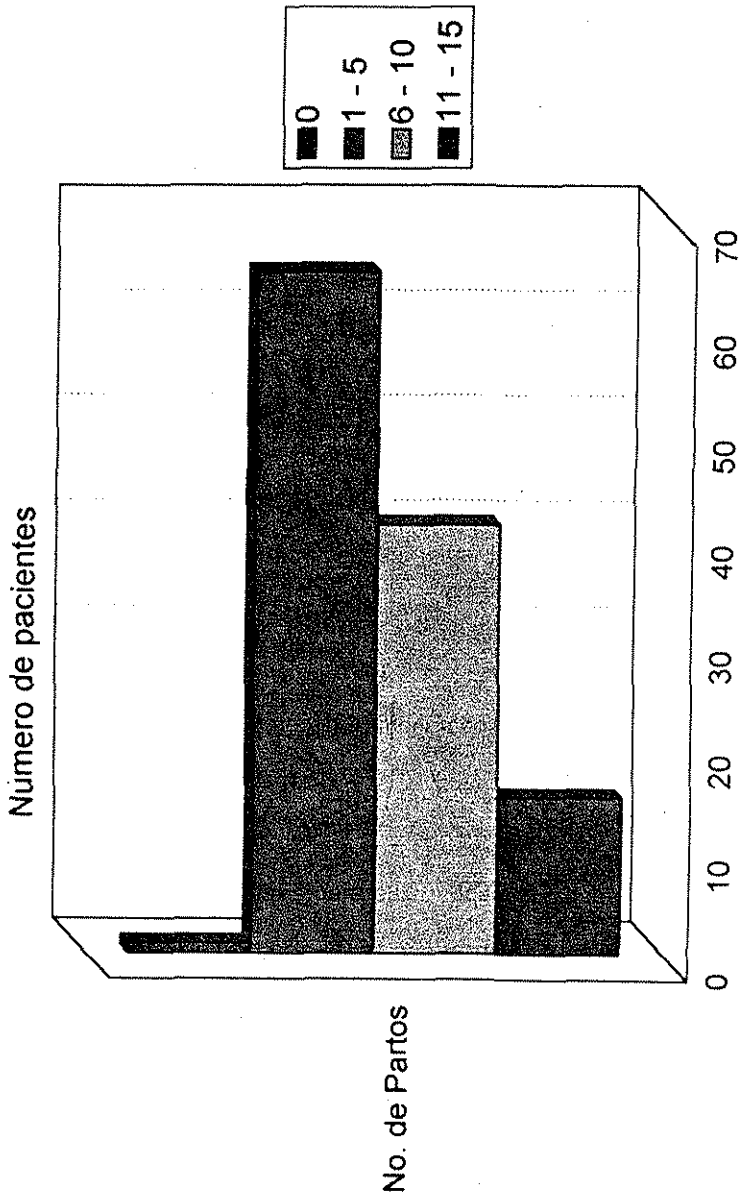
Figura 5. Distribución de Pacientes según Número de Gestas



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

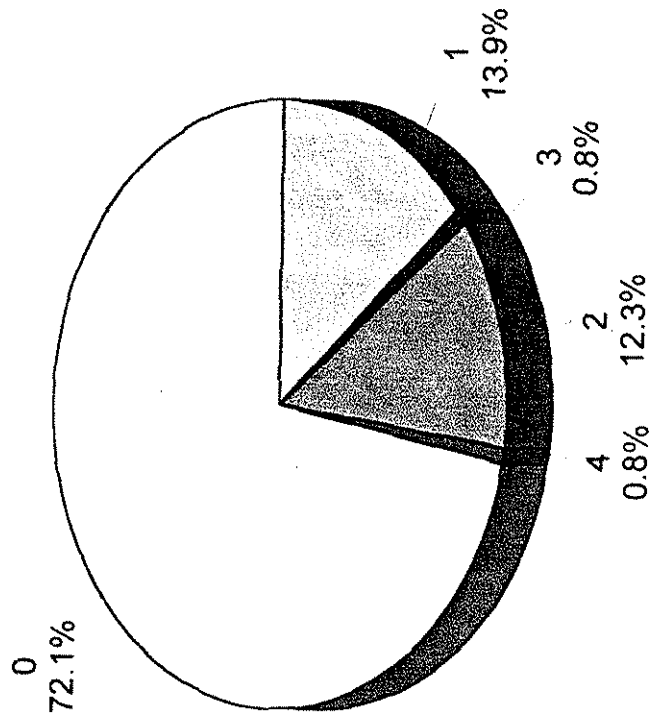
Figura 6. Distribución de Pacientes según Paridad



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

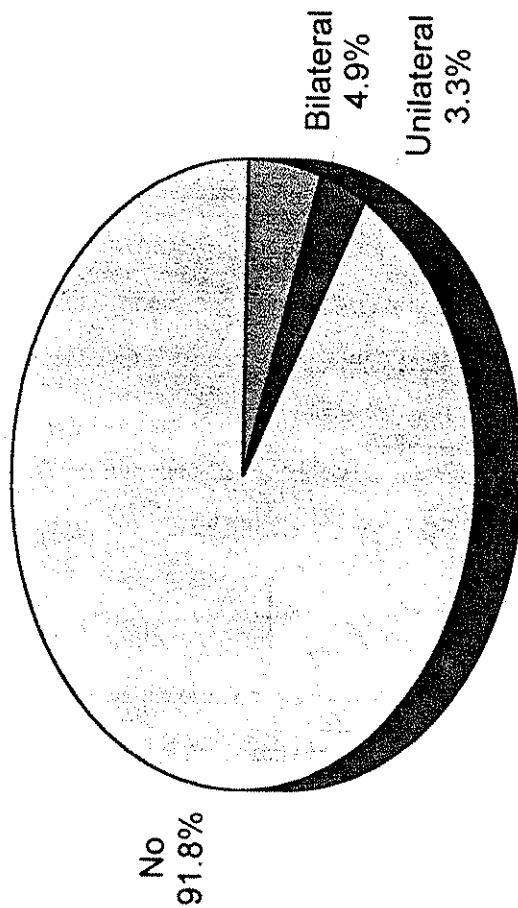
Figura 7. Distribución de las Pacientes según Número de Abortos



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 8. Frecuencia de Salpingooforectomía



Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer, SSA.
enero 99-diciembre 01

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- 1.- Thompson JD, Warshaw J.: Histerectomía. En Te Linde: Ginecología Quirúrgica. Panamericana. México, 1998, 8^{va} ed. pp 793-870.
- 2.- Nicholas DH.:Gynecologic and Obstetric Surgery. History of Gynecologic Surgery. Mosby. Philadelphia, 1993. pp 3-24.
- 3.- Meeks GR, Harris RL. Abordaje quirúrgico de la Histerectomía : Abdominal, asistida por laparoscopia o vaginal. Clin Obstet Gynecol 1997;40:837-42.
- 4.- Border MS, Kanouse DE, Mittman BS, et al. The appropriateness of Recommendations for Histerectomy. Cbстет Gynecol 200;95: 199-205.
- 5.-Gambone, JC, Reitter RC.: Histerectomía: Mejoría del proceso de toma de decisiones. En: Barret J.: Prolapso Genital y Tratamiento. Masson. México, 1992. pp 56 – 87.
- 6.- Steege JF: Indicaciones de la histerectomía: ¿han cambiado?. En: Barret J. Prolapso Genital y Tratamiento. Masson. México, 1992. pp 120 – 124.
- 7.- Kovac RS.: Guidelines to Determine the Route of Hysterectomy. Obstet Gynecol 1995; 85: 18-23.
- 8.- Thompson JD. Corrección quirúrgica de los defectos de soporte de la pelvis. En Te Linde: Ginecología Quirúrgica. Panamericana. México, 8^{va} ed. pp 975-1010.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

9.- Daria ED, Soriano D, Kurat P, et al.: Vaginal Hysterectomy for Enlarged Uteri, with or without Laparoscopic Assistance: Randomized Study. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 712-6.

10.- Magos L, Bourmas N, Sinha R.: Vaginal Hysterectomy for the Large Uterus. *Br J Obst Gynaecol* 1996; 103: 246-251.

11.- Chan JK.- Lin YG, Monk BI.: Vaginal Hysterectomy as Primary Treatment of Endometrial Cancer in Medically Compromised Women. *Obstet Gynecol* 2000; 97: 707-11.

12.- Käser O, Hirsch HA, Iklé FA.: Atlas de Cirugía Ginecológica. Marbán. Madrid, 1997. pp 221 – 319.

13.- Dicker RC, Greenspan JR, Strauss U, et al.: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 841-8.

14.- Harris JW.. En: Reiffenstuhl G.: Operaciones por vía vaginal. Marbán. Madrid. 1998, pp 102 – 138,

15.- Hager DW. Infecciones posoperatorias: Prevención y manejo. En: Te Linde: Ginecología Quirúrgica. Panamericana. México, 1998. 8^{va} ed. pp 244 – 252.

16.- González GC.: Accidentes y complicaciones de la Cirugía Ginecológica. El Ateneo, México. 1985. pp 10- 98.

17.- Méndez I, Nahimira D, Moreno L, et al.: El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Trillas, México. 1986. pp 11-30.

18.- Freund JE, Simon GA.: Estadística elemental. Prentice may, México. 1994. pp 7-90.

19.- Harris WJ. Early Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 795-805.

20.- Lambrou NC, Buller MJ, Thompson JR.: Prevalence of Perioperative Complications Among Women Undergoing Reconstructive Pelvic Surgery. *Am J Obstet Gynecol* 200; 183: 1355-60.

21.- Huerta.C. Complicaciones en Cirugía Ginecológica por Vía Vaginal. Tesis de Posgrado. Hospital de la Mujer. México, 1996. pp 14 – 18.

22.- Nieto E, et al.: Histerectomía vaginal: Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginec Obstet Méx* 1994; 62: 255-58.

23.- Pérez AA, et al. Morbilidad en Histerectomía Abdominal y Vaginal. Análisis de 60 casos. *Rev Med Hosp. Mujer* 1995; 5: 56- 9.