

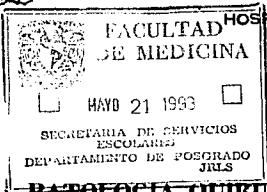
11217

18
2es



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



~~PATOLOGIA QUIRURGICA DEL UTERO~~ EN EL HOSPITAL ABC

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el titulo de:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

DR. ALEJANDRO BUGANZA DEL CASTILLO

COORDINADOR: DR. JOSE ANTONIO RUIZ MORENO

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



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 está 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.

INDICE:

I. MARCO TEORICO.....1

- a) indicaciones.....3
- b) Elección de la vía quirúrgica.....8
- c) Morbilidad.....9
- d) Mortalidad.....12

II. ANTECEDENTES HISTORICOS.....13

III. OBJETIVOS.....19

IV. MATERIAL Y METODOS.....20

V. RESULTADOS.....21

VI. DISCUSION.....35

VII. CONCLUSIONES.....38

VIII. BIBLIOGRAFIA.....39

MARCO TEORICO:

El útero puede ser asiento de múltiples procesos patológicos, especialmente en el período perimenopáusico.

La patología uterina, puede ser congénita o adquirida, y puede dividirse, desde el punto de vista anatómico, en dos grandes grupos: 1) patología del cérvix, y 2) patología del cuerpo uterino. Por otro lado, las diversas alteraciones de ambos pueden también subdividirse en patología benigna y maligna (preinvasora o invasora) (3-5).

La palabra histerectomía, deriva del griego Hysteros "matriz" y Tome "corte". Es un procedimiento quirúrgico frecuente en nuestro medio y en la actualidad es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente en los Estados Unidos, superado únicamente por la operación cesárea (1,6,7,25). Es además, uno de los procedimientos de mayor controversia, ya que puede tener en la mujer repercusiones médicas, emocionales, sexuales y económicas (8,9).

Se considera una cirugía limpia contaminada, y a pesar de los avances en la ginecología operatoria y presenta, aún en la actualidad, un riesgo substancial de morbilidad (8-11).

La histerectomía fué realizada por primera vez en 1843 por Clay en Manchester, Inglaterra y ha presentado diferentes modificaciones a lo largo del tiempo, con grandes e importantes variaciones en la morbilidad y mortalidad inherentes al procedimiento, hasta la época actual, en la que si bien la mortalidad propia de la cirugía es muy baja (0.1%), la morbilidad es aún elevada, llegando incluso hasta el 50% en algunos reportes (19).

La incidencia de la operación presentó un incremento significativo a mediados de los 70's, llegando a ser el procedimiento de cirugía mayor

realizado con más frecuencia, la cual ha declinado en los últimos años (6,7,25).

En años recientes se ha generado gran preocupación con respecto a la alta frecuencia del procedimiento y sus indicaciones, por lo que Gambone, Leinch y Reiter (6,7,25), han presentado varios estudios para la verificación de la intervención con un diseño prospectivo en el cual se correlaciona la indicación preoperatoria (la señalada antes de la cirugía por el cirujano), y el reporte de patología. Por otra parte se menciona también que el estudio histopatológico de los productos de histerectomía presentan alguna patología desde éste punto de vista en sólo 66% de los casos y al correlacionarse ésto con la indicación preoperatoria es posible corroborar las diferentes indicaciones del procedimiento al separar aquellas en las que se podría esperar el hallazgo de una pieza quirúrgica sin patología, de aquellas en las que definitivamente es esperada la presencia de patología en la pieza quirúrgica para la confirmación de la indicación preoperatoria.

De ésta manera se puede valorar la selección de las pacientes sometidas a histerectomía, a fin de conocer la calidad de la atención médica a éste respecto. Sin embargo, los intentos para validar o verificar la indicación de la histerectomía han sido realizados con éxito limitado. La mayor parte de éstos intentos han centrado su atención en segundas opiniones y estudios retrospectivos. La utilidad de una segunda opinión es cuestionable por su confiabilidad, inconveniencia para el paciente y mayor costo. Los estudios retrospectivos de las indicaciones de histerectomía por comités quirúrgicos y de tejidos son con frecuencia inproductivos y consumen tiempo.

a) Indicaciones:

Las indicaciones actuales de histerectomía incluyen patología benigna y maligna. Puede realizarse para el tratamiento de condiciones premalignas o preinvasoras y en el tratamiento de cáncer localmente invasor del cervix, endometrio, ovarios y trompas uterinas. Otras indicaciones incluyen condiciones sintomáticas benignas del útero, como leiomiomas que comprimen estructuras adyacentes, o sangrado uterino refractario a tratamiento hormonal y legrado. Algunas más, incluyen enfermedad de los ovarios y trompas en los que el útero no se encuentra involucrado en forma primaria, pero es removido junto con los anexos (absceso tuboovárico bilateral o endometriosis pélvica severa). Otra indicación es el prolapso uterino sintomático; y ocasionalmente, es requerida en cirugía pélvica no ginecológica para el manejo de condiciones tales como cáncer de colon y abscesos diverticulares. El tratamiento de problemas obstétricos como hemorragia incontrolable, ruptura uterina, o endometritis sin respuesta a manejo con antibióticos y legrado, puede en ocasiones requerir de la realización de histerectomía [6,7,9,14,15,25].

Gambone y col. [6], en 1989, publicaron una lista de indicaciones de histerectomía, las que agrupan las cinco diferentes condiciones que indican el procedimiento.

Aunque se ha recomendado en algunas mujeres que desean aborto en forma concomitante con esterilización, la histerectomía durante la gestación en ausencia de patología ginecológica preexistente debe evitarse debido al mayor riesgo, costo y dolor asociado con la histerectomía en relación a otros procedimientos [15].

Tres condiciones indican la mayor parte de las histerectomías no radicales en los Estados Unidos: Leiomiomas, sangrado uterino disfuncional y

relajación pélvica [6,8-11,13,15,16]. Los leiomiomas que son grandes, causan sangrados importantes, producen dolor, o que crecen rápidamente pueden en general ser bien aceptados como indicación de histerectomía, pero los criterios para la remoción de leiomiomas asintomáticos son menos claros. El riesgo-beneficio de la histerectomía en leiomiomas asintomáticos de diferentes tamaños y peso es desconocido. Por tanto, deben ajustarse criterios rígidos (ej. tamaño uterino igual a 12 semanas de embarazo), especialmente en mujeres que se acercan a la menopausia, después de la cual los leiomiomas usualmente disminuyen de tamaño [6-9,25].

El término sangrado uterino disfuncional es aplicado vagamente a todo sangrado anormal sin causa orgánica conocida. Para el tratamiento de este trastorno, muchos autores coinciden en que la histerectomía debe ser utilizada únicamente cuando el legrado y la terapéutica hormonal han fallado. Existe controversia en cuanto al número de veces que debe intentarse el legrado para este propósito. Después de que se ha excluido patología endometrial algunas mujeres perimenopáusicas pueden ser tratadas con progestágenos hasta que la menopausia ocurra [6,7,9,21-23].

La relajación vaginal y el prolapso uterino son indicaciones frecuentes de histerectomía vaginal, constituyendo aproximadamente 31 a 39% de las histerectomías vaginales. La evaluación de estas indicaciones se ve imposibilitado por el hecho de que el grado de prolapso y la intensidad de los síntomas raramente es consignado, aunque la edad mínima para colporrafia propuesta es de los 30 a 45 años, ningún criterio rígido parece apropiado [6,11,13].

A principios de los 70's, la esterilización fué citada por muchos autores como una indicación de histerectomía, especialmente cuando se realizaba por vía vaginal. Actualmente, la histerectomía con fines de esterilización

deberá utilizarse únicamente en mujeres con patología ginecológica preexistente (Ej. Neoplasia intraepitelial cervical) u otras circunstancias que justifiquen el procedimiento. Los riesgos, costo y dolor de la histerectomía exceden a los de otros métodos de esterilización tanto masculina como femenina (6-9,25).

La ausencia de patología macro o microscópica en los úteros removidos varía de 13 a 31%. Los úteros removidos para el tratamiento de problemas estructurales u hormonales (prolapso uterino, sangrado uterino disfuncional) pueden no presentar ninguna patología bajo el microscopio. Por otro lado, la presencia de patología mínima (leiomioma subseroso asintomático) no siempre significa que la histerectomía era necesaria o apropiada (6,7).

Además otras consideraciones con respecto a la calidad de vida, incluyendo menorragias, temor de embarazo no deseado, o fuerte tendencia familiar al cáncer uterino, pueden no documentarse apropiadamente en los registros hospitalarios y jugar un papel muy importante en la decisión de la mujer para someterse al procedimiento. Por tanto, el análisis de las histerectomías realizadas en base a revisión de expedientes y reportes de patología puede ser difícil (6,7).

Se presenta la tabla de indicaciones propuesta por Gambone y col. (6), en la cual se puede apreciar las diferentes indicaciones quirúrgicas de la histerectomía haciendo énfasis en la importancia de documentar adecuadamente en el expediente la (o las indicaciones) que motivaron al procedimiento. Puede esperarse la presencia de tejido normal o únicamente de hallazgos incidentales en las siguientes circunstancias: complicaciones quirúrgicas, sangrado uterino recurrente, dolor pélvico crónico, relajación pélvica, incontinencia urinaria de esfuerzo y circunstancias extremas (ej. cancerofobia). En estos casos la verificación de la indicación requiere de su

adecuado registro en la nota preoperatoria y contar con ciertos prerrequisitos diagnósticos y/o procedimientos terapéuticos previamente realizados (ej. legrado y tratamiento hormonal previo), en los casos de sangrado uterino recurrente. Para todos los demás casos, se requiere para la verificación de la indicación preoperatoria la presencia de tejido anormal en el reporte de patología. Estas indicaciones incluyen: infección severa, leiomiomas, endometriosis, adenomiosis, infección crónica, tumoración anexial, enfermedad preinvasora, cáncer invasor y cáncer de órganos adyacentes o distantes.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA

A. Condición aguda. -Compromete seriamente la vida.

- A-1 Accidente gestacional (hemorragia postparto, ectópico, etc.)
- A-2 Infección severa (Ruptura de absceso tuboovárico)
- A-3 Complicación operatoria (perforación uterina)

B. Enfermedad benigna. -Corregir deformidad y aliviar sufrimiento.

- B-1 leiomiomas
 - a) sintomáticos (sangrado, dolor, etc.)
 - b) sintomáticos (Tamaño >12 semanas; evaluación anexos confusa)
- B-2 Sangrado uterino recurrente (Sin respuesta a TX hormonal y legrado)
- B-3 Endometriosis
- B-4 Adenomiosis
- B-5 Infección crónica (Enfermedad inflamatoria pélvica recurrente)
- B-6 Tumoración anexial (Neoplasia ovárica)
- B-7 Otras (Definida por el cirujano; Especificando criterios)

C. Cáncer o enfermedad premaligna significativa.-Prolongar la vida.

C-1 Enfermedad invasora

C-2 Enfermedad preinvasiva del útero

C-3 Cáncer de órgano adyacente o distante (Gl.GU o Mama)

D. Malestar -Para corregir deformidad y aliviar sufrimiento.

(tejido normal esperado)

D-1 Dolor pélvico crónico

D-2 Relajación pélvica

D-3 Incontinencia urinaria de esfuerzo

D-4 Otras (Definida por el cirujano; especificando criterios)

E. Condiciones extremas -No indicadas pero pueden justificarse.

E-1 Esterilización

E-2 Profilaxis de cáncer

E-3 Electiva

La validación de las indicaciones preoperatorias en los casos en que no se espera la presencia de patología histológica requiere de la especificación en la nota preoperatoria de ciertas circunstancias que justifiquen en un momento dado la necesidad de realizar histerectomía: 1) accidentes gestacionales (A-1), la nota preoperatoria debe documentar urgencia extrema, basada en la pérdida aguda de sangre; 2) complicaciones operatorias (A-3), deben documentarse las circunstancias de la complicación transoperatoria y la necesidad de remover el útero; 3) sangrado uterino recurrente (B-2) deben documentarse intentos de regulación hormonal y por lo menos un legrado hemostático; 4) dolor pélvico crónico (D-1), debe documentar la nota preoperatoria los hallazgos laparoscópicos previos e intentos multidisciplinarios para el control del dolor; 5) relajación pélvica (D-2), documentar síntomas de malestar y descenso uterino

significativo a la exploración física; 6) incontinencia urinaria de esfuerzo (D-3), documentar estudio urodinámico consistente con incontinencia urinaria de esfuerzo anatómica; y 7) los casos de esterilización (E-1), profilaxis de cáncer (E-2) y cirugía electiva (E-3), deben documentar las circunstancias especiales que justifican la histerectomía y someterse preoperatoriamente a un comité de revisión.

Se tiene además cierta flexibilidad con las categorías clasificadas bajo el rubro de "otras" como enfermedad benigna (B-7), malestar (D-4) y cirugía electiva (E-3). Estas indicaciones involucran casos poco usuales y requieren de que el cirujano señale en el preoperatorio como estos procedimientos van a ser validados. Las indicaciones bajo estos rubros requieren de la revisión preoperatoria por un comité de revisión.

b) Elección de la vía quirúrgica:

Las indicaciones de histerectomía, el entrenamiento y experiencia del cirujano y la preferencia de la mujer, pueden en un momento dado influenciar la selección entre la histerectomía vaginal y abdominal (3-5,8,9,11).

La vía abdominal permite la extracción de grandes tumoraciones y permite la exploración de toda la cavidad abdominal. En los Estados Unidos virtualmente todas las histerectomías realizadas por cáncer cervical invasor, endometrial, ovárico y tubéxico son realizadas por vía abdominal (8,9).

La ruta vaginal es preferida en presencia de prolapso uterino o cuando va a realizarse colpoptorrafía concomitante. La histerectomía vaginal evita el malestar y riesgo de infección de herida quirúrgica asociado con la histerectomía abdominal. Los pacientes sometidos a histerectomía vaginal tienen menos alteraciones de la función intestinal, son egresadas en forma más temprana y tienen un período de recuperación más corto, en

comparación con la vía abdominal. La sospecha de patología anexial, imposibilidad para la movilización del útero y patología fuera de la pélvis que requiera de exploración, son contraindicaciones absolutas de la técnica vaginal. Otras dos contraindicaciones relativas son: 1) cirugía pélvica previa y 2) tamaño uterino de más de 12 a 14 semanas, aunque la morcelación puede permitir la remoción vaginal de úteros de gran tamaño (3,4,11,13).

c) Morbilidad:

La histerectomía se asocia con un porcentaje importante de complicaciones; aproximadamente 25 a 50% de las mujeres sometidas a histerectomía, por cualquier indicación presentan una o más complicaciones. La posibilidad de presentar complicaciones es mayor cuanto más seria es la patología encontrada. La contaminación por flora bacteriana del tracto superior de la vagina, la proximidad al útero del tracto gastrointestinal y genitourinario inferior, y la mayor frecuencia de tromboembolismo posterior a la cirugía pélvica contribuyen a la incidencia de complicaciones. Otros factores que influyen en los riesgos de morbilidad incluyen la indicación y urgencia de la histerectomía, la edad de la paciente, la técnica quirúrgica, el uso de drenajes, el embarazo, la experiencia y entrenamiento del médico y la utilización de antibióticos profilácticos (9,13,14,17).

La morbilidad febril es la complicación más frecuente. Extensos estudios han demostrado que el uso de antibióticos profilácticos en la histerectomía vaginal reduce significativamente la frecuencia de complicaciones febriles e infecciosas, reduciendo la necesidad de antibioticoterapia posterior y acortando la estancia hospitalaria de las pacientes. El beneficio de la profilaxis de rutina en la histerectomía abdominal presenta mayor controversia, aunque muchos reportes recientes apoyan su uso (9,17).

La hemorragia es otra complicación frecuente de la histerectomía. Debido a que la estimación clínica de las pérdidas sanguíneas es poco confiable, la necesidad de transfundir a una paciente podría servir como indicador útil de la magnitud de la pérdida sanguínea. Un reporte previo menciona una frecuencia de transfusión de 13 y 17% en la histerectomía vaginal y abdominal respectivamente; mientras que en otro estudio se mencionan cifras del 15 y 8%. En general podría decirse que uno de cada diez pacientes sometidos a histerectomía requerirá transfusión, aunque algunas de estas puedan necesitarse por anemia severa preexistente y no necesariamente por complicación hemorrágica de la intervención (9,17).

La lesión del tracto urinario es una complicación seria, y afortunadamente poco frecuente. Se ha reportado una incidencia de lesión de ureteros de 0.2 a 0.5%; y lesión vesical en 0.3 a 0.8%. El conocimiento constante de la localización de los ureteros durante la cirugía y la utilización de técnica intrafascial, reduce el riesgo de lesión de tracto urinario. La operación cesárea previa ha sido identificada como un factor de riesgo para la lesión vesical, por lo que la disección cuidadosa del repliegue vesicouterino puede evitar la lesión de ésta. Cuando ocurre lesión de éste sistema, su pronta identificación y adecuado manejo pueden minimizar la morbilidad subsecuente (9,17,19).

Se han estudiado muchas secuelas tardías de la histerectomía; el término "síndrome de ovario residual" se refiere al desarrollo de dolor, dispareunia y masa pélvica posterior a la histerectomía, en la cual se han conservado los ovarios. Su frecuencia varía de 1 a 4% en la mayor parte de los reportes. Los hallazgos durante la cirugía en esta condición usualmente incluyen adherencias pélvicas extensas y quistes de ovario y trompas uterinas. Debido a que puede encontrarse hidrosalpinx en una importante proporción

de las pacientes, el término "síndrome de anexo residual" podría ser más descriptivo (17).

Un gran número de estudios han documentado el impacto psicológico de la histerectomía en la mujer. La interpretación de estos estudios se ve limitada por numerosas dificultades metodológicas, especialmente la falta de control apropiado o grupos de comparación. La pérdida del útero puede significar para algunas personas pérdida de fuerza, vitalidad y autoestima. La depresión postoperatoria es el principal y más común trastorno psiquiátrico observado en estas pacientes. La posibilidad de presentar trastornos psicológicos parece estar influenciada por múltiples factores incluyendo la indicación de la cirugía, la sensación de bienestar en la mujer previo a la cirugía, el estado marital y relación con su pareja, y desde luego el deseo de tener descendencia. Una historia de depresión previa, incrementa sustancialmente la posibilidad de esta complicación en la paciente. Puede presentarse disfunción sexual después de la histerectomía; lo cual se debe con frecuencia a falta de información o comprensión de las capacidades sexuales posteriores al procedimiento por la paciente, por lo que es indispensable, un adecuado consejo pre y postoperatorio por parte de médicos y enfermeras, además de apoyo psicológico en grupos de discusión, a fin de reducir las posibilidades de alteraciones psicológicas posteriores a la histerectomía. En contraste con lo anterior, un reporte reciente sugiere que la histerectomía puede aliviar ciertos trastornos psiquiátricos en algunas mujeres (17).

Además un efecto adverso potencial de la histerectomía (sin ooforectomía) en la mujer, es el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Cuatro investigadores en forma independiente han encontrado que la histerectomía en mujeres premenopáusicas se asocia con un incremento de

hasta tres veces de riesgo de enfermedad coronaria durante los años premenopáusicos restantes [17]. La prostaciclina, un potente vasodilatador endógeno y antiagregante plaquetario, puede producirse en el útero en cantidades significativas, mediando la protección de la mujer premenopáusica contra la enfermedad coronaria [9,12,17].

d) Mortalidad:

El riesgo de muerte en la histerectomía es bajo. Grandes estudios multicéntricos han indicado una frecuencia de 1 a 2 muertes en cada 1,000 histerectomías de todo tipo y para todas las indicaciones. Si se aplica esto al número anual de histerectomías realizadas en los Estados Unidos podrían esperarse poco más de 600 muertes en relación a histerectomía por año [14].

No ha sido bien establecida la frecuencia de las diferentes causas de muerte en histerectomía. La mayor parte de estas muertes resulta de complicaciones quirúrgicas incluyendo: embolismo pulmonar, infecciones, infarto agudo del miocardio, obstrucción intestinal, infarto pulmonar y hemorragia subaracnoidea. Otras muertes asociadas se deben a condiciones preexistentes, mismas que pueden haber sido la indicación de la histerectomía. Ejemplos de estas últimas incluyen infecciones severas causadas por un aborto séptico o enfermedad pélvica inflamatoria, y cáncer diseminado [9,14].

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Miyazawa analiza el desarrollo y evolución de la técnica de histerectomía abdominal total, identificando cuatro diferentes períodos de transición hasta la época actual: 1) inicial (1809 a 1879); 2) estandarización (1879 a 1929); 3) modificación (1930 a 1960); y 4) modernización (1961 a 1990).

Período inicial:

Este período comprende desde el momento en que se realiza el procedimiento con éxito por primera vez (1843), hasta la aparición de la descripción de una técnica quirúrgica refinada (1878) por Wilhelm Alexander Freund, originario de Breslau, Alemania (actualmente Wroclaw, Polonia).

La historia de la cirugía pélvica encuentra sus orígenes en 1809 cuando el Dr. Efrain McDowell en Denville, Kentucky, realiza con éxito la excisión de una gran tumoración ovárica. Posteriormente, el éxito en la resección de tumores de ovario, impulsa a algunos cirujanos a intentar no sólo la extirpación del fondo uterino aumentado de volumen y deformado por miomas, sino a la resección de todo el útero.

La primera histerectomía se registra en 1843 en manos de Clay en Manchester, Inglaterra; aunque se tienen informes que en esa misma zona y época, Heat realizó al parecer en forma exitosa una histerectomía subtotal en una paciente que parecía tener una gran masa anexial. Posteriormente a estos reportes, la histerectomía subtotal fué realizada cientos de veces en Europa, aunque no era entonces bien aceptada en los Estados Unidos.

En 1875 Palmer en Cincinnati, Ohio, reportó 81 muertes (mortalidad 49%), en una revisión de 165 casos de histerectomía. La mortalidad por el procedimiento se estimó en aquel entonces entre un 75 a 80%, con un rango entre 21.4% (Burnham) y 100% (Keith).

Tres años más tarde, Freund, introduce el 30 de Enero de 1878, la más refinada técnica de histerectomía abdominal en una paciente con cáncer uterino. Hasta ese momento, no había sido desarrollado ningún plan bien definido para la erradicación de la enfermedad mediante la operación abdominal.

Período de estandarización:

En 1889 L.A. Stimson reporta dos casos de histerectomía abdominal después de la aplicación de ligaduras independientes a las arterias uterinas, por debajo del peritoneo, a diferencia de la ligadura en bloque de éstas.

En 1917 Baldwin, en Columbus, Ohio; reporta la primera gran serie de 2,018 histerectomías, opinando que la realización de la histerectomía total era casi tan simple y segura como la subtotal e incorporando los ligamentos redondos a la cúpula vaginal. Nelson siguió su técnica en el Hospital Henry Ford, reportando una mortalidad del 2.9% y 7% de complicaciones menores en 476 casos.

Lahey en Boston introduce la técnica de "enucleación intracervical" en 1923, reportando su técnica intrafascial en 122 casos. Esta insertaba los ligamentos anchos y redondos en la hoja cervical preservada para mejorar el soporte vaginal, aunque se presentaba mayor cantidad de sangrado y escurrimiento que en la histerectomía supracervical.

Edward H. Richardson, del Hospital Universitario John Hopkins, en 1929 publica su técnica simplificada de panhisterectomía abdominal, la cual se ha convertido en la técnica extrafacial estándar.

Período de modificación:

En 1930 Solomon en Dublín, introduce una gasa iodada en la vagina inmediatamente después de cortar la pared vaginal anterior, cerrando la vagina y peritoneo con una sutura tipo Lambert modificada; si ocurría

escurrimiento, un paquete de gasa iodada era dejado en el parametrio y posteriormente retirado através de la vagina. Por su parte van Graff, postula que al dejar la cúpula vaginal abierta, esta funcionaría como un canal natural de drenaje. En 1935 Farrar, en Nueva York, reportó una técnica basada en la anatomía de la fascia endopélvica y el aporte sanguíneo de la pélvis y en sus series no se presentó ningún caso de hemorragia o lesión de uretero o vejiga, ni prolapso de tejidos. Mohler, 10 años después, presenta una técnica que en forma meticulosa evitaba el uso de pinzas en estructuras que no eran removidas, y utiliza pinzas de Allis en un intento de reducir el trauma en los tejidos de la cúpula. Los ligamentos redondos, uteroováricos y uterosacros eran fijados a la pared anterior y posterior de la cúpula vaginal y a la fascia paravaginal, reperitonizando el área cruenta.

En 1946 Te Linde publica su libro de Ginecología Operatoria, enfatizando la técnica de Richardson y modificándola al pinzar la vagina por debajo del cervix y cerrando posteriormente la cúpula con una figura en 8, aplicada en el centro. No utilizaba drenajes.

Aldridge en 1950 enfatiza la seguridad de la histerectomía abdominal total en manos experimentadas, utilizando una combinación de diferentes técnicas previamente utilizadas. Su resumen técnico, basado en 500 casos, consiste en la disección por dentro de la fascia paracervical, previniendo el sangrado mediante la ligadura de vasos sanguíneos en áreas accesibles, la transfixación de los ligamentos cervicales transversos a la cúpula vaginal para un mejor soporte, eliminando el uso de pinzas y suspendiendo los ovarios para proteger su aporte sanguíneo, previniendo el prolapso de estos en el fondo de saco. En esta misma época Falk reporta su técnica, en la cual la vagina era incidida inicialmente por su pared posterior. Tancer,

sugirió que esta técnica debía ser utilizada en el entrenamiento anatómico de la cirugía pélvica.

La seguridad de esta cirugía empezó a ser más aparente. Se estima que en 1946 el 69% de las histerectomías realizadas eran subtotales, pero hacia 1955, el 99.5% eran totales, y en el reporte de una larga serie de histerectomías para el tratamiento de enfermedad pélvica benigna en 1957, Johnson y colaboradores del Hospital de la Caridad en Nueva Orleans, concluyen que la histerectomía abdominal total rutinaria era tan segura como la histerectomía subtotal.

Gray compara el uso de tres diferentes técnicas para el manejo de la cúpula vaginal en 1,000 histerectomías: el uso de drenaje, el cierre completo de la cúpula vaginal, y el dejar la cúpula vaginal abierta por debajo del peritoneo cerrado. Aunque no encontró una diferencia muy obvia, concluye que pueden obtenerse buenos resultados mediante la utilización de muchas técnicas, pero se inclinaba más por dejar la cúpula vaginal abierta, por considerarlo un mejor principio quirúrgico.

Hacia 1960 la técnica quirúrgica de la histerectomía abdominal total se encontraba ampliamente distribuída y bien estandarizada.

Período de modernización:

El número de histerectomías realizadas en los Estados Unidos se incrementa en forma importante desde los inicios de la década de los 60's hasta mediados de los 70's. Symond y colaboradores, tras observar un número importante de fístulas posthisterectomía que involucraban la vagina, introducen en la Clínica Mayo, una técnica que enfatiza la realización de una generosa insición abdominal para la visualización de los órganos pélvicos, con espacio adecuado para la identificación de ureteros, adecuada exposición de la base de la vejiga y recto; y el cierre meticuloso

de la cúpula vaginal. Graber estudió 819 casos de histerectomía en relación a lesiones de vejiga, entre 1957 a 1962 en el Hospital Lenox Hill de Nueva York y encontraron dos factores contribuyentes mayores: la lesión de la vejiga resultado de la inadecuada separación del plano entre la vejiga y cérvix; y la inhabilidad para determinar la exacta localización de la vejiga. Miyazawa identifica la cesárea previa como factor de riesgo para lesión vesical en la histerectomía abdominal, reportando 4 casos en 1,029 histerectomías totales entre 1973 y 1977; las cuatro pacientes tenían antecedentes de cesárea previa.

Debido al incremento en el número de histerectomías a mediados de los 70's, la atención se centró en la prevención de infección y morbilidad, y en la prevención y manejo de las complicaciones. Richardson y colaboradores encontraron una disminución importante en la morbilidad, al eliminar el uso de pinzas muy traumáticas, utilizando sondas de Foley en forma rutinaria y suturas de grueso calibre.

A finales de los 70's y principios de los 80's, la técnica de grapas fué introducida a la histerectomía. En 1978 Sedwitz y col. reportaron que el uso de la técnica de grapas reduce significativamente la estancia hospitalaria en aproximadamente un tercio y el tiempo quirúrgico a 30 a 65 minutos. Wolf comparó la histerectomía abdominal total utilizando las técnicas de cierre de cúpula vaginal, cúpula vaginal abierta y cierre con grapas de la misma, encontrando que el cierre de esta con la técnica de grapas era aproximadamente 17 minutos más rápida y con 100 ml menos de pérdidas sanguíneas. De cualquier modo, la técnica de cúpula abierta tiene 20% menor morbilidad cuando se compara con los otros dos métodos. Amikira y Evans del Hospital Hutzell reportaron en una revisión de 10 años de un gran número de histerectomías, que pocos procedimientos quirúrgicos podían

contribuir tanto para mejorar la calidad de vida de las pacientes, que la histerectomía indicada, pero el riesgo agregado no justifica esta intervención para el sólo propósito de esterilización al compararse con otros métodos más sencillos y seguros.

En los últimos cuatro años, han aparecido reportes en la literatura de histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, técnica que defienden algunos autores en base a menor morbi-mortalidad, dolor y reducción en el tiempo requerido de hospitalización por las pacientes y por tanto menor costo en comparación con la histerectomía abdominal (18,26,27). La menor morbilidad asociada a la histerectomía vaginal en comparación con la vía abdominal, ha motivado a algunos investigadores al desarrollo de esta nueva técnica que permite realizar el procedimiento por vía vaginal en un mayor número de casos (18-26). Sin embargo Summitt y col. (27) recientemente reportaron que el tiempo quirúrgico requerido y los costos de la histerectomía asistida por laparoscopia exceden mucho a los de la histerectomía vaginal estándar, sin una diferencia marcada en el tiempo requerido de hospitalización, por lo que ponen en tela de juicio la superioridad del método. Es posible que con el perfeccionamiento y la generalización de la técnica, se consiga disminuir el tiempo quirúrgico y los costos de esta, y pueda llegar a ocupar un lugar como alternativa de la histerectomía abdominal.

OBJETIVOS:

I. Conocer la patología quirúrgica uterina observada con mayor frecuencia en el Hospital A.B.C.

II. Analizar las principales indicaciones de Histerectomía en nuestro medio y valorar la selección de las pacientes sometidas a este procedimiento, mediante la correlación del diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico histopatológico en forma retrospectiva lineal.

III. Revisar las principales complicaciones del procedimiento y la morbi-mortalidad del mismo en nuestro medio.

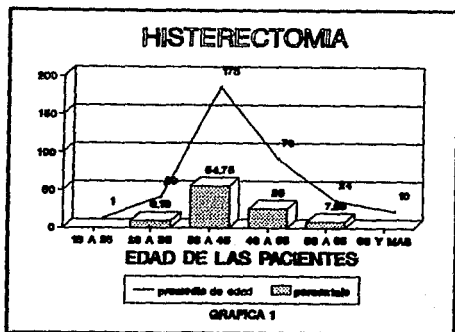
MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los casos de histerectomía abdominal y vaginal registrados en el hospital A.B.C. en un período de 12 meses. Se analizaron la edad y paridad de las pacientes, indicación de la cirugía, abordaje quirúrgico, técnica empleada, frecuencia de ooforectomía unilateral y bilateral u otros procedimientos concomitantes, utilización de antibiótico, complicaciones quirúrgicas, evolución y complicaciones del postoperatorio temprano, mortalidad, días de estancia hospitalaria y la correlación clínico-patológica comparando el reporte de patología con la indicación de la cirugía registrada en la nota preoperatoria del expediente clínico.

Se revisaron 363 casos de histerectomía realizadas en el Hospital .B.C. en el período comprendido de Enero a Diciembre de 1991 incluyendose en el estudio 316 pacientes. Se excluyeron del estudio 47 pacientes por no contar con reporte de patología debido a que la pieza quirúrgica fué enviada fuera del hospital para su estudio.

RESULTADOS:

Se revisaron los 316 expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía en el período de estudio, obteniéndose la siguiente información: la edad promedio de las pacientes fué 44.2 (rango de 23 a 76 años) (gráfica 1).



La frecuencia del procedimiento por grupo de edad, 203 casos (64.1%) correspondieron a mujeres menores de 45 años y 113 (35.8%) a mayores de 46 años.

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron: miomatosis uterina sintomática (188 pacientes), alteraciones de la estática pélvica e incontinencia urinaria de esfuerzo (43 pacientes), neoplasia intraepitelial cervical (41 pacientes), adenomiosis (24 pacientes), sangrado uterino recurrente (13 pacientes), tumores de anexos (10 pacientes) y dolor pélvico crónico (5 pacientes). (tabla 1)

El abordaje quirúrgico más frecuente fué la vía abdominal en 268 pacientes (84.8%); y vaginal en 48 (15.2%). El promedio de edad para el

abordaje quirúrgico fué de 43.6 años para la vía abdominal y 48.1 años para la vía vaginal. En 291 pacientes se dejó la cúpula vaginal abierta (92%), y en 25 (8%) cerrada; la edad promedio de las pacientes con técnica de cúpula abierta fué 44.1 años y cerrada 44.8 años (gráfica 2).

HISTERECTOMIA INDICACIONES

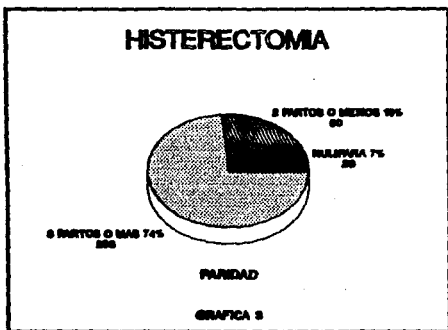
- 1) MIOMATOSIS UTERINA (188 pacientes 61.23%)
 - 2) ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA PELVICA E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (70 pacientes 22.08%)
 - 3) NIC (41 pacientes 11.7%)
 - 4) ADENOMIOSIS (24 pacientes 6.54%)
 - 5) SANGRADO UTERINO RECURRENTE (13 pacientes 3.54%)
 - 6) QUISTE DE ANEXIOS (10 pacientes 2.72%)
 - 7) DOLOR PELVICO CRONICO (5 pacientes 1.35%)
 - 8) ENDOMETRIOSIS (3 pacientes 0.82%)
 - 9) OTRAS (13 pacientes 3.54%)
- TABLA 1

HISTERECTOMIA



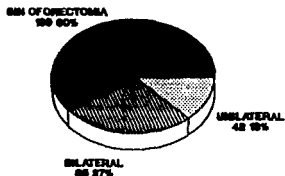
GRAFICA 2

En cuanto a la paridad de las pacientes, 23 (7.3%) eran nulíparas y 293 (92.7%) multíparas, de las cuales 60 (23.9%) tenían dos hijos o menos y 233 (77.1%) con tres o más. La edad promedio en el momento de la histerectomía fué de 44.4 años para las pacientes con 3 o más hijos; 42.9 años en las pacientes con 2 hijos o menos y 53 años para las pacientes nulíparas [gráfica 3].



Se realizó ooforectomía en 127 de los casos (40.2%), entre los que se observaron 85 casos de ooforectomía bilateral (66.9%), 42 casos de ooforectomía unilateral (ooforectomía derecha en el 20.5% e izquierda en el 12.6%). No se realizó ooforectomía en 189 pacientes (59.8%). El promedio de edad de las pacientes en que se realizó ooforectomía unilateral fué de 42.5 años, mientras que el promedio de edad en las pacientes con ooforectomía bilateral fué de 53 años (gráfica 4).

MANEJO DE OVARIOS EN LA HISTERECTOMIA

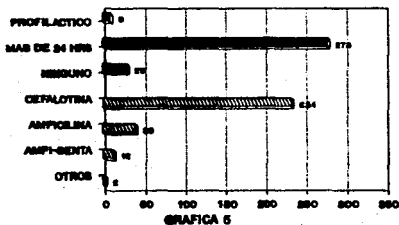


GRAFICA 4

Se utilizó antibiótico profiláctico en 9 pacientes (2.8%) y esquema por más de 24 horas en 278 (88%). No se utilizó antibioticoterapia en 29 pacientes (9.2%). El antibiótico utilizado con mayor frecuencia fué cefalotina en 234 (81.5%) de las pacientes, ampicilina en 39 (13.6%), ampicilina + gentamicina en 12 (4.2%) y otra combinación en 2 casos (0.7%) (gráfica 5).

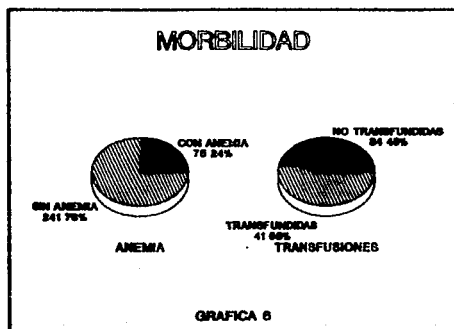
ANTIBIOTICOTERAPIA

ANTIBIOTICOTERAPIA # PACIENTES



GRAFICA 5

Las principales complicaciones postoperatorias fueron anemia, fiebre menor a 38°C y accidentes operatorios. Se encontró anemia en 75 pacientes (23.73%) de las cuales 29 fueron transfundidas en el transoperatorio y 12 en el postoperatorio mediato. No se observó morbilidad febril, sin embargo, 28 pacientes (8.9%) cursaron con febrícula (< a 38°C), misma que no persistió por más de 48 horas. No se presentaron complicaciones infecciosas en el postoperatorio inmediato.(gráfica 6).



Los accidentes transoperatorios observados fueron: ligadura de uretero izquierdo, en una paciente, la cual fué identificada durante el procedimiento y requirió reimplante ureteral; lesión de intestino delgado en una paciente con proceso adherencial severo, realizandose cierre primario de la lesión; cistotomía incidental que fué reparada sin complicaciones y una minilaparotomía post-histerectomía vaginal para extracción de gasa dejada accidentalmente en cavidad. La evolución posterior de las pacientes fué satisfactoria (tabla 2).

ACCIDENTES OPERATORIOS

- LESION DEL TRACTO G.U. (2 CASOS 0.63%)
 - LESION DE URETERO IZQUIERDO (0.31%)
 - CISTOSTOMIA INCIDENTAL (0.31%)
- LESION DE INTESTINO DELGADO (1 CASO 0.31%)

TABLA 2

Los días promedio de estancia intrahospitalaria fueron 3.64 días con mínima de 3 días y máxima de 16 días.

La patología uterina encontrada, en orden de frecuencia, fué: miomatosis uterina (180 casos); adenomiosis (110 casos); neoplasia intraepitelial cervical (33 casos); hiperplasia endometrial sin atipias (30 casos); pólipos endometriales (22 casos); tumores de ovario (16 casos); endometriosis (13 casos); carcinoma cervicouterino (8 casos); pólipos endocervicales (5 casos); adenocarcinoma de endometrio (4 casos); hiperplasia endometrial con atipias (3 casos); y 43 casos sin evidencia de alteraciones patológicas. Debe mencionarse en este momento que el número de patologías encontrado, excede al de las piezas quirúrgicas estudiadas debido a la asociación de estas patologías entre sí. (tabla 3).

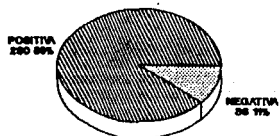
PATOLOGIA UTERINA

- 1) MIOMATOSIS UTERINA (38.05%)
- 2) ADENOMIOSIS (23.26%)
- 3) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (8.97%)
- 4) HIPERPLASIA ENDOMETRIAL (8.97%)
- 5) POLIPOS ENDOMETRIALES (4.85%)
- 6) TUMORES DE OVARIO (3.38%)
- 7) ENDOMETRIOSIS (2.75%)
- 8) CARCINOMA CERVICOUTERINO (1.69%)
- 9) POLIPOS ENDOCERVICALES (1.03%)
- 10) ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO (0.85%)
- 11) OTROS HALLAZGOS (1.26%)
- 12) SIN PATOLOGIA (9.09%)

TABLA 8

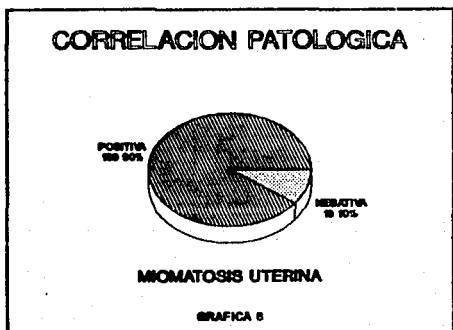
El reporte de patología mostro correlación con la indicación preoperatoria en el 88.6% de los casos (gráfica 7).

CORRELACION CLINICOPATOLOGICA GENERAL

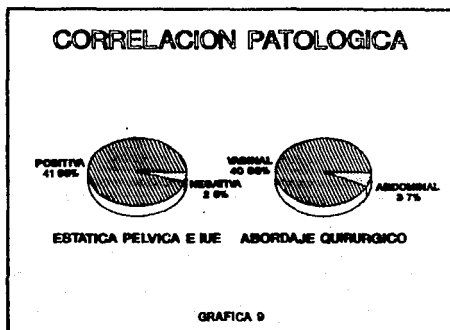


GRAFICA 7

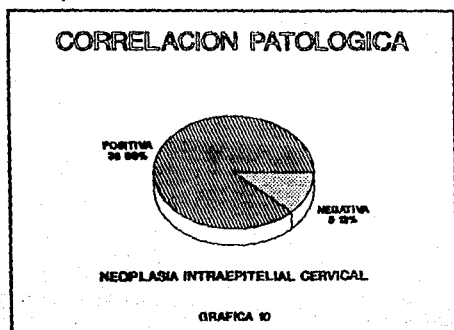
La indicación quirúrgica y la patología uterina más frecuente fué miomatosis uterina. La correlación clinicopatológica fué positiva en 169 de los casos (89.8%), y negativa en 19 (10.1%). La edad promedio de las pacientes fué 43.4 años; siendo el abordaje abdominal y la técnica de cúpula abierta los más frecuentemente utilizados, (90.9 y 90.7% respectivamente). No se realizó ooforectomía en 139 (73.9%) de las pacientes; realizandose ooforectomía unilateral en 31 (16.4%) y bilateral en 18 (9.57%). Respecto a la paridad, 14 eran nulíparas (7.44%), 31 con 2 hijos o menos (16.4%), y 143 con 3 hijos o más (76%) (gráfica 8).



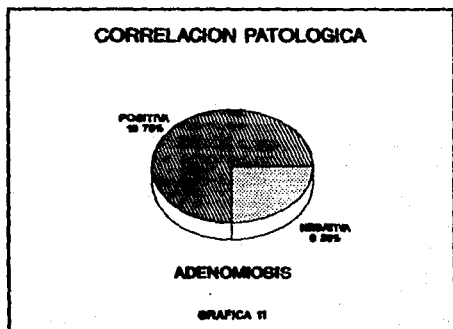
Las alteraciones de la estática pélvica e incontinencia urinaria de esfuerzo fueron otra de las indicaciones frecuentes del procedimiento. El promedio de edad en estas pacientes fué 48.3 años. El abordaje más frecuentemente utilizado fué la vía vaginal en 40 pacientes (93%) y abdominal en 3 (7%); la cúpula se dejó abierta en 40 pacientes (93%) y cerrada en 3 (7%). No se realizó ooforectomía en 23 pacientes (53.4%); en 2 pacientes se llevó a cabo ooforectomía unilateral (4.65%), y bilateral en 18 (41.8%). Con respecto a la paridad, todas las pacientes eran multíparas, 3 de ellas con menos de 2 hijos (7%) y 40 con tres hijos o más (93%). La correlación fué positiva en 41 pacientes (95.66%) y negativa en 2 pacientes (4.34%) (gráfica 9).



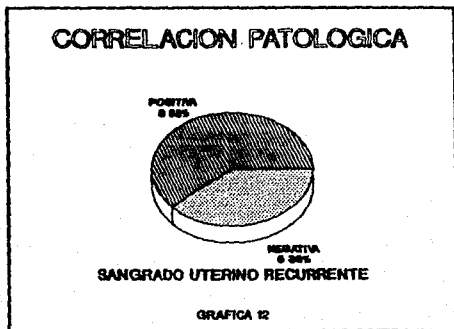
La neoplasia intraepitelial cervical fué la tercera indicación más frecuente del procedimiento. El promedio de edad fué 45.45 años, con mayor incidencia entre los 36 a 45 años (58.5%). Se utilizó abordaje abdominal en 34 (82.9%) y vaginal en 7 de las pacientes (17%); la cúpula se dejó abierta en 38 (92.6%) y cerrada en 3 (7.31%). Se realizó ooforectomía unilateral en 5 pacientes (12.2%), y bilateral en 9 (21.9%). No se realizó ooforectomía en 27 de las pacientes (65.8%). Dos de las pacientes eran nulíparas (4.87%), mientras que el resto eran multíparas; 13 con dos hijos o menos (31.7%) y 26 con tres o más (63.4%). La correlación con el reporte de patología fué positiva en 36 de los casos (87.8%) y negativa en 5 (12.1%), reportándose 11 casos de displasia cervical moderada, 18 casos de displasia severa, 5 casos con microinvasión (menor a 5mm) y 3 casos de carcinoma epidermoide invasor (Estadío Clínico Ia2). Cabe mencionar que 6 de estas pacientes contaban con como biopsia cervical, previo a la histerectomía la cual mostró microinvasión y bordes libres de lesión. Los dos casos restantes contaban con biopsia cervical dirigida, la cual se reportó inicialmente como NIC III. (gráfica 10).



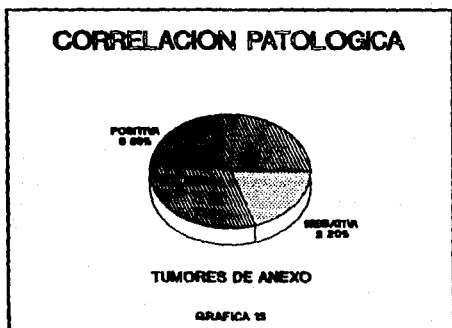
La adenomiosis fué la indicación de la cirugía en 24 pacientes. La correlación clinicopatológica fué positiva en 18 (75%) de las pacientes y negativa en 6 (25%), sin embargo, después de la miomatositis uterina, la adenomiosis constituye el hallazgo patológico más frecuentemente reportado. La edad promedio de las pacientes fué 43.52 años, el abordaje abdominal se utilizó en 21 (87.5%) de las pacientes y vaginal en 3 (12.5%). La cúpula se dejó abierta en 22 (96.1%) y cerrada en 2 (8.33%). Se realizó ooforectomía unilateral a 3 pacientes (12.5%), y bilateral en 12 (50%). No se realizó ooforectomía en 9 de las pacientes (37.5%). Una de las pacientes era nulípara (4.16%), 5 multíparas con dos hijos o menos (20.8%) y 18 (75%) con tres hijos o más. (gráfica 11).



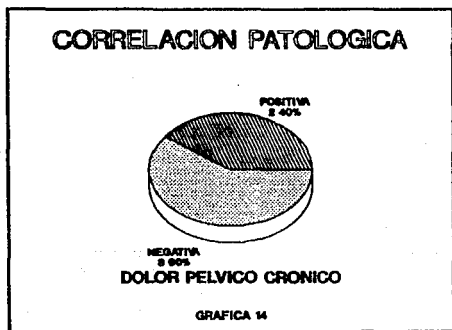
En 13 casos la indicación de la cirugía fué sangrado uterino recurrente. La correlación clínicopatológica fué positiva en 8 (61.5%) de las pacientes y negativa en 5 (38.5%). Los hallazgos patológicos en los casos de sangrado recurrente, que correlacionaron positivamente, fueron en orden de frecuencia: adenomiosis 5 casos, pólipos endometriales 2 casos y un caso de hiperplasia endometrial sin atipias. La edad promedio de las pacientes fué 42.28 años, el abordaje abdominal se utilizó en 11 (84.6%) de las pacientes y vaginal en 2 (15.3%). La cúpula se dejó abierta en todas las pacientes. Se realizó ooforectomía bilateral en 2 de las pacientes (15.3%), y unilateral en 2 (15.3%) pacientes. No se realizó ooforectomía en 9 de las pacientes (69.2%). Dos de las pacientes eran nulíparas (15.3%), y las restantes 11 (84.6%) multíparas con tres hijos o más. [gráfica 12].



La cirugía se indicó por tumores de anexo en 10 de los casos. La correlación clínicopatológica fué positiva en 8 (80%) de las pacientes y negativa en 2 (20%). La patología encontrada en los casos que correlacionaron positivamente fueron: cistadenoma seroso en 5 casos, quiste endometriósico de ovario en 2 casos y un caso de teratoma maduro. La edad promedio de las pacientes fué 41.4 años, se utilizó el abordaje abdominal en todos los casos. La cúpula se dejó abierta en 9 (90%) de las pacientes y cerrada en 1 (10%). Se realizó ooforectomía unilateral en 7 (70%) de las pacientes y bilateral en 3 (30%). Todas las pacientes eran multíparas, 3 con dos hijos o menos y 7 con tres hijos o más. (gráfica 13).



El dolor pélvico crónico fué la indicación quirúrgica en 5 de los casos. La correlación fué positiva únicamente en 2 (40%) de los casos; la patología asociada que se encontró en estos casos fué: adenomiosis en una de las pacientes y endometriosis pélvica severa en la otra. La edad promedio de las pacientes fué 54.75 años, se utilizó el abordaje abdominal en todas las pacientes y en todos los casos la cúpula vaginal se dejó abierta. Se realizó ooforectomía unilateral en dos de las pacientes (40%) y bilateral en 3 (60%). Todas las pacientes eran multíparas con 3 hijos o más. (gráfica 14).



DISCUSION:

En nuestro medio desconocemos la frecuencia real de histerectomía abdominal.

En los Estados Unidos, es en la actualidad, la segunda intervención quirúrgica más frecuente, la cual es superada únicamente por la operación cesárea (6,7).

La alta frecuencia de la intervención, ha generado, en los últimos años, gran preocupación en lo que respecta a la selección de las pacientes sometidas al procedimiento, y ha propiciado la aparición en la literatura, de múltiples metodologías para la valoración de las indicaciones preoperatorias basadas principalmente en la presencia de patología que corrobore la indicación en el reporte histopatológico, o la ausencia de esta en los casos en que la ausencia de patología tanto micro como macroscópica es esperada (Ej. Alteraciones de la estática pélvica).

Las indicaciones de histerectomía tienen un amplio espectro que va de condiciones que comprometen seriamente la vida o la salud, a la prevención de enfermedades y embarazo. Entre estos dos extremos se encuentran múltiples indicaciones en relación a alteraciones propias de la patología y de la calidad de vida (6-8). Existen diferentes puntos de vista en relación al procedimiento, los cuales varían ampliamente: "La histerectomía en ausencia de enfermedad pélvica no puede considerarse más justificada que la remoción de una mama normal o una vesícula biliar sin patología" a "En la actualidad las alteraciones patológicas en el útero son con frecuencia irrelevantes para la indicación de la histerectomía" (9).

Tres condiciones indican la mayor parte de las histerectomías no radicales en los Estados Unidos: leiomiomas, sangrado uterino disfuncional y relajación pélvica (6,8,9-11,13,15,16). En nuestro medio, las indicaciones

quirúrgicas del procedimiento son similares a las indicaciones encontradas en la literatura.

La histerectomía se asocia con un porcentaje importante de complicaciones; aproximadamente el 25 a 50% de las mujeres sometidas a histerectomía por cualquier indicación presentan una o más complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son: morbilidad febril, hemorragia y lesión a órganos adyacentes (uretero, vejiga, intestino, etc) (8-9,13,14,17). Miyazawa (19), ha señalado a la intervención cesárea previa como un factor de riesgo importante para la lesión quirúrgica de la vejiga, recomendando la disección cuidadosa de los planos y la técnica intrafascial cuando esta no se encuentre contraindicada, así mismo, se recomienda la identificación constante de los ureteros a fin de evitar lesionarlos durante la intervención. Recientemente, algunos autores han sugerido utilizar preferentemente la vía vaginal, en los casos en que esta no se encuentra contraindicada, debido al menor riesgo de morbilidad asociado con este abordaje (11,13,15).

Gambone Lench y Reiter (6), reportaron una correlación clínico-patológica general del 95% de los casos. Basaron su estudio en la selección preoperatoria de la indicación de la cirugía por parte del cirujano, la cual se correlaciono con el reporte de patología. En nuestro medio la correlación clínico-patológica para todas las indicaciones, y de acuerdo únicamente a la presencia o ausencia de patología en el reporte histopatológico, en forma retrospectiva, fué positiva en el 88.61% de los casos (280 pacientes) y negativa en el 11.39% (36 pacientes).

El riesgo de muerte en la histerectomía es bajo, reportandose una frecuencia de 1 a 2 muertes en cada 1,000 histerectomías de todo tipo y para todas las indicaciones. La mayor parte de estas muertes resulta de complicaciones quirúrgicas incluyendo: embolismo pulmonar, infecciones,

infarto agudo del miocardio, obstrucción intestinal, infarto pulmonar y hemorragia subaracnoidea. Otras muertes asociadas se deben a condiciones preexistentes, mismas que pueden haber sido la indicación de la histerectomía. Ejemplos de estas últimas incluyen infecciones severas causadas por un aborto séptico o enfermedad pélvica inflamatoria, y cáncer diseminado. (9,14). En este grupo de pacientes no ocurrió defunción alguna, siendo la mortalidad del 0%.

CONCLUSIONES:

1. En nuestro medio, las principales indicaciones del procedimiento son: miomatosis uterina sintomática o de grandes elementos, alteraciones de la estática pélvica e incontinencia urinaria de esfuerzo, lesiones premalignas y lesiones oncológicas tempranas del tracto genital, adenomiosis y sangrado uterino recurrente.

2. La patología uterina observada con mayor frecuencia fué: miomatosis uterina, adenomiosis, neoplasia intraepitelial cervical, hiperplasia endometrial sin atipias, pólipos endometriales, tumores de ovario, endometriosis, carcinoma cervicouterino, pólipos endocervicales, adenocarcinoma de endometrio e hiperplasia endometrial con atipias.

3. La morbilidad observada con mayor frecuencia en este grupo de pacientes fué anemia en el 23.7%. No se presentó ningún caso de morbilidad febril postoperatoria. Se desconoce la incidencia de secuelas tardías y morbilidad psicológica debido a la falta de seguimiento.

4. Las complicaciones operatorias observadas fueron: lesión del tracto urinario y lesión del tracto gastrointestinal.

5. Aunque la mortalidad en este grupo de pacientes fué nula, se menciona en la literatura una mortalidad general del 0.1 al 0.2%.

6. La correlación clínico-patológica en general fué del 88.6%. Esta deberá evaluarse en forma prospectiva.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Gompel C.; *Patology in Gynecology and Obstetrics.*; Third Edition; J.B. Lippincott Company.; 1985; 93-186.
- 2) Herting A.T.; *Tumors of the Female Sex Organs.*; Washington D.C.; 1960.; 155-210.
- 3) Te Linde R.W.; Mattingly R.F.; Thompson J.D.; *Ginecología Operatoria*; Sexta Edición; Editorial "El Ateneo"; 1985; 172-219.
- 4) Jones H.W.III.; Wentz A.C.; Burnett L.S.; *Tratado de Ginecología de Novak*; Decima Edición; Nueva Editorial Interamericana; 1984; 391-423.
- 5) Sciarra J.J.; Droegemueller W.; *Gynecology and Obstetrics*; J:B: Lippincott Co. Philadelphia; Revised Edition 1990; 57-63.
- 6) Gambone J.C.; Leinch J.B.; Slesinski M.J.; y col; *Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process.* *Obstet Gynecol.*; 1989; 73: 1045-49.
- 7) Gambone J.C.; Reiter R.C.; Lench J.B.; *Quality assurance indicators and short-term outcome of hysterectomy.* *Obstet Gynecol.*; 1990; 76: 841-45.
- 8) Easterday C.L.; Grimes D.A.; Riggs J.A.; *Hysterectomy in the United States.* *Obstet Gynecol.*; 1983; 62: 203-12.
- 9) Amirikia H.; *Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications, and risks.* *Am J. Obstet Gynecol.*; 1979; 134: 431-37.
- 10) Bunker J.P.; *Public-health rounds at the Harvard School of Public Health.* *New England J. Med.*; 1976; 195: 264-68.
- 11) Jaszczak S.E.; Evans T.N.; *Intrafascial abdominal and vaginal hysterectomy: A reappraisal.* *Obstet Gynecol.*; 1982; 59: 435-44.
- 12) Genterwall B.S.; *Premenopausal hysterectomy and cardiovascular disease.* *Am J. Obstet Gynecol.*; 1981; 139: 58-61.

- 13) Gitsch G.; Berger E.; Tatra G.; Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet.*;1991;172: 207-10.
- 14) Wingo P.A.; Huzo C.M.; Rubin G.L.; y col; The mortality risk associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.*;1985; 152: 803-8.
- 15) Dicker R.C.; Scally M.J.; Greenspan J.R.; y col; Hysterectomy among woman of reproductive age. Trends in the United States, 1970-1978. *JAMA.*;1982; 248: 323-27.
- 16) Grossman J.H.; Adams R.L.; Vaginal flora in women undergoing hysterectomy with antibiotic prophylaxis. *Obstet Gynecol.*;1979; 53: 23-6.
- 17) Dicker R.C.; Greenspan J.R.; Strauss L.T.; y col; Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol.*;1982; 144: 841-8.
- 18) Nezhat C.R.; Burrell M.O.; Nezhat F.R.; y col; Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol.*; 1992; 166: 864-5.
- 19) Miyazawa K.; Technique for total and abdominal hysterectomy: Historical and clinical perspective. *Obstet Gynecol Survey.*; 1992; 47: 433-47.
- 20) Richart R.M.; Wright T.C.; Pathology of the cervix. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 1991; 3: 561-67.
- 21) Fox H.; Pathology of the uterine body. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 1990; 2: 437-41.
- 22) Fox H.; Pathology of the uterine body. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 1991; 3: 568-73.
- 23) Clement P.B.; Pathology of the uterine corpus. *Hum Pathol.*; 1991;22: 776-91.
- 24) Lawrence W.D.; Advances in the pathology of the uterine cervix. *Hum Pathol.*;1991; 22: 792-806.

- 25)Reitter R.C.; Gambone J.C.; Ilench J.B.; Appropriateness of Hysterectomies Performed for Multiple Preoperative Indications. *Obstet Gynecol.*;1992; 80: 902-905.
- 26)Minelli L.; Angiolillo M.; Caione C.; y col.; Laparoscopically-Assisted Vaginal Hysterectomy. *Endoscopy.*; 1991; 23: 64-66.
- 27)Summitt R.L.; Stovall T.G.; Lipscomb G.H.; y col.; Randomized Comparison of Laparoscopy-Assisted Vaginal Hysterectomy With Standard Vaginal Hysterectomy in an Outpatient Setting. *Obstet Gynecol.*; 1992;80: 895-901.
- 28)Vessey M.P.; Villard-Marckintosh L.; McPherson K.; y col.; The Epidemiology of Hysterectomy: Findings in a Large Cohort Study. *Br J Obstet Gynaecol.*; 1992; 99: 785-786.