

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO COMPARATIVO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD
EN HISTERECTOMIAS VAGINAL, EN EL AÑO 1973 a 1974,
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE LA
CAPITAL Y HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS DE AMATITLAN

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

LESTER HUBERTO BUSTAMANTE LOPEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I.- Introducción

II.- Objetivos

III.- Material y Métodos

IV.- Generalidades

a. Definición de Prolapso uterino

b. Etiología

c. Sintomatología

d. Clasificación

e. Diagnóstico

f. Diagnóstico diferencial

g. Tratamiento quirúrgico, no quirúrgico, complicaciones

V.- Desarrollo del trabajo

VI.- Resumen

VII.- Conclusiones

VIII.- Bibliografía

INTRODUCCION

Considero de suma importancia el haber realizado un estudio comparativo de morbilidad y mortalidad en histerectomía vaginal, de los Hospitales General San Juan de Dios de Amatlán y General San Juan de Dios de la Capital, en el año 1973 a 1974.

Para contribuir en mínima parte al mejor conocimiento, conducta a seguir en ésta patología ginecológica y analizar la incidencia, diagnóstico y tratamiento del prolapso uterino, en mujeres de edad avanzada, debido a lesiones o distensiones del piso pelviano, especialmente ligamentos.

OBJETIVOS

- 1.- Establecer la incidencia de ésta patología en nuestro medio.
- 2.- Con el presente estudio evaluar el diagnóstico, y la conducta a seguir en nuestro medio.
- 3.- Analizar y comparar la incidencia de nuestra mortalidad y morbilidad en los Hospitales General San Juan de Dios de Amatlán y General San Juan de Dios de la Capital.

MATERIAL Y METODOS

- Revisión de libro de sala de operaciones del Hospital General San Juan de Dios de Amatlán, del año 1973 a 1974, en los archivos, encontrándose 16 casos de Histerectomía vaginal.
- Revisión de archivos del Hospital General San Juan de Dios de la Capital; libro de registro de Ginecologías A y B, del año 1973 a 1974, revisión de 700 papeletas correspondientes, en los archivos del mismo, encontrándose 32 casos de Histerectomía vaginal.
- Tabulación de datos de los 48 casos, tomándose en cuenta edad, condición socio-económica, tiempo de hospitalización y conducta a seguir, además casos que se complicaron con infecciones urinarias y de cupula.
- Revisión de literatura correspondiente en biblioteca de la Facultad y de los Hospitales San Juan de Dios de Amatlán y de la Capital.

GENERALIDADES

PROLAPSO UTERINO

Definición:

El prolapso uterino, o procidencia y descenso del útero, ocurre cuando la matriz y las estructuras adyacentes hacen hernia por el conducto vaginal. (1).

Trátase de una afección muy común, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad que en pacientes jóvenes. Esto se explica si se tiene en cuenta la mayor laxitud y atonía de los elementos musculares y aponeuróticos en etapas avanzadas de la vida. De esta manera los efectos de las lesiones obstétricas pueden evidenciarse en forma de prolapso uterino muchos años después del último embarazo. (2).

En un útero en prolapso, el embarazo puede ser causa de muchas complicaciones, según han señalado Piver y Spezia.

El factor decisivo en el mecanismo del prolapso es sin duda alguna la lesión o distensión extrema del suelo pélvico, especialmente de los ligamentos cardinales (ligamentos de Mackenrodt), a nivel de la base de los ligamentos anchos. Asociada a ella se ve por lo regular una extensa lesión de las estructuras perineales, que provoca intensa relajación vaginal y también lesiones a nivel de la aponeurosis de la pared vaginal anterior o posterior, con formación de cistocele o rectocele. Pueden observarse múltiples combinaciones de éste género, aunque a veces el prolapso se acompaña de cistocele o rectocele. De aquí que se vean casos aislados de mujeres que jamás han dado a luz; en ellas el prolapso representa, aparentemente, una hernia del

útero a través de un punto débil de la aponeurosis del suelo pélvico.

La debilidad congénita de los tejidos de sostén a veces causa prolapso uterino, pero el motivo más frecuente es el parto. (1)

Etiología:

No ocurre en mujeres nulíparas, excepto cuando se asocia a defectos congénitos del tejido o anomalías pélvicas, en cuyo caso se asocia a otras variedades de hernias.

Es acompañante común de espina bífida, condición en la cual la musculatura pélvica está paralizada por lesión del cuarto nervio sacro, por lo que mujeres con ésta afección no llegan a la pubertad.

El prolapso uterino es más común en mujeres múltiples en asociación con retroversión, condición por la cual es secundaria. No es el número de embarazos lo que desencadena el prolapso uterino, sino que el tipo de labor que ha tenido la paciente durante el trabajo de parto.

Este tipo de lesión, así como el de retroversión, es más común en mujeres pobres y trabajadoras.

Causa predisponente, defecto del piso pélvico, que varía desde la relajación hasta la ruptura de tejidos con presión abdominal aumentada.

Tos crónica, rasgamiento muscular y una distensión habitual del recto o la vejiga.

Sintomatología:

Al igual que en otras formas de desplazamiento uterino hay grandes diferencias individuales en relación con la sintomatología. Hasta el prolapso mas completo puede no presentar mas síntomas que la molestia producida por la protrusión mecánica del útero. Sin embargo, en la mayor parte de casos es posible cierta sensación de pesadez a nivel del bajo vientre, así como dorsalgia ligera, debiéndose una y otra, con toda probabilidad, a la tracción que sobre los ligamentos del útero produce el prolapso y la congestión venosa a que da lugar. Es frecuente la asociación con cistocele y rectocele y la sintomatología correspondiente. (1)

La sintomatología mas frecuente en pacientes que sufren prolapso uterino; dolor de espalda, desconfort pélvico, sensación de pesantez y desconfort, dado por el grado de congestión vascular. Muchas veces la micción o defecación son imposibles por la herniación de las masas, síntomas urinarios son comunes, mas graves hidronefrosis, existe leucorrea debido a cervicitis hiperhemia y engrosamiento venoso con consecuente hipertrofia endometrial.

Ulceración del cervix y paredes vaginales, pueden provocar hemorragias irregulares y dan lugar a flujo.

La esterilidad es una regla, aunque la concepción es posible aun con procidencia completa y esos embarazos pueden llegar a término. (3)

Los hallazgos clínicos del prolapso uterino son protrusión del cuello del útero o del útero por el introito. El prolapso a menudo guarda relación con cistocele o retrocele, y estos defectos pueden causar los síntomas actuales. Otras manifestaciones

incluyen dorsalgia, sensación de presión pélvica y úlceras o hemorragias de las estructuras en prolapso.

Clasificación:

El prolapso se describe como de primero, segundo y tercer grados de gravedad; éste último es la protrusión de todo el útero por la vagina, de modo que toda la vagina queda invertida. (2)

Cuando el cuello del útero prolapsado, que por lo general sigue el eje de la vagina a causa de la retrodesviación concomitante se encuentra dentro del orificio vaginal, el prolapso se denomina de primer grado.

En el segundo grado, el cuello se halla en el introito o cercano al mismo. Finalmente, cuando el cuello se proyecta más allá del orificio vaginal, el prolapso es de tercer grado (procidencia del útero).

El prolapso completo de la vagina pos-histerectomía (abdominal o vaginal) suele resultar de difícil reparación si se desea conservar una vagina funcional. (1)

Diagnóstico:

El diagnóstico, por lo general, es sencillo; en realidad, cuando la enferma nos viene a consultar que se queja frecuentemente de que padece de "caída de la matriz". A pesar de que un antecedente de partos difíciles o realizados con ayuda de instrumental resulta sugestivo, no tiene gran valor para diagnóstico, el cual debe establecerse siempre por el examen de la pelvis.

La inspección en muchos casos revelara de inmediato la existencia del prolapso, si pertenece a la variedad completa. En tales circunstancias, el cuello se proyecta fuera del orificio aun estando la mujer acostada, y a menudo se encuentra situado entre un cistocele en forma de bolsa y de consistencia blanda por delante, y una protrusión sacciforme debida a un rectocele por detrás, en caso de que coexistan ambas afecciones. En presencia de grados intensos de prolapso, cistocele o rectocele y enterocele puede haber tal masa en protrusión, con mucosa ondulada presentándose en el introito que a veces es difícil tener la seguridad de "cual es el grado de relajación existente". Es posible el edema intenso, a veces con estrangulación parcial.

Sin embargo, aun en los casos de prolapso completo, la protrusión generalmente desaparece cuando la paciente ocupa la posición de decúbito, al propio tiempo que en el prolapso de primero o segundo grado no hay protrusión uterina. Si este fuera el caso, ordenaremos a la enferma que puje; así el cuello se proyecta en la vagina y es posible que llegue al introito. Esta misma maniobra suele revelar la existencia del cistocele o el rectocele.

En la variedad completa, si los pujos no provocan protrusión, ésta puede lograrse traccionando suavemente el cuello con unas pinzas uterinas.

Diagnóstico Diferencial

La fuente de error principal consiste en confundir el prolapso con la simple hipertrofia del cuello que se observa en ocasiones, aun en los casos que presentan una ligera relajación de la vagina o en los que ésta no existe. El cuello puede alargarse

se en forma tal que aparezca en el introito o lo sobrepase. No obstante un cuidadoso examen nos demostrará que la elongación cervical asienta en su totalidad por debajo de la línea de unión cervicovaginal, y que ésta última se encuentra todavía a una altura considerable en el conducto vaginal.

TRATAMIENTO

Entre los factores que influyen en el tratamiento de éste proceso están edad de la paciente, estado marital y estado general, de una parte; de otra, el grado de prolapso y la frecuencia o ausencia de procesos patológicos asociados.

QUIRURGICOS:

Se pospondrá, de preferencia hasta que la familia se haya completado, pues un embarazo, incluso después de reparación adecuada del suelo pelviano, acaba casi siempre con los mejores resultados quirúrgicos. Aunque se han ideado varias operaciones para corregir el prolapso, el 99 por 100 de las pacientes se tratarán con buen resultado empleando cualquiera de los siguientes procedimientos (junto con las reparaciones adecuadas). (1)

HISTERECTOMIA VAGINAL:

Es adecuada para todos los casos de prolapso, excepto los muy masivos; combinado con reparación adecuada anterior o posterior, brinda excelentes resultados. Además, suprime el asiento usual de cánceres, tumores o hemorragias ulteriores y, claro está es esterilizante. Insistimos en que la histerectomía

abdominal y la suspensión de la bóveda vaginal desde arriba no constituye la operación adecuada para prolapso; la única vía quirúrgica adecuada es la extirpación desde abajo, restaurando bien las estructuras debilitadas y atenuadas. La operación compuesta que conserva el ísmo uterino mientras extirpa el cuello y el fondo, no ha sido muy aceptada.

Aunque la mayor parte de intervenciones vaginales no son complicadas, pueden plantear problemas como la hemorragia intraperitoneal masiva o la hemorragia vaginal grave. Cuando es to ocurre está indicado operar de nuevo rápidamente; si resulta difícil volver a suturar la zona que sangra, por la proximidad del uréter, puede ser una solución ligar las arterias hipogástri-
cas.

OPERACION DE MANCHESTER:

Aunque esta es la técnica con la cual los autores ingleses suelen corregir quirúrgicamente cualquier grado de prolapso, los ginecólogos norteamericanos parecen emplearla sobre todo para los grados menores de prolapso, especialmente los acompañados de cistocele voluminoso. Hay que preceder a operación de un raspado, para excluir todo proceso maligno; raramente deberá efectuarse en época de reproducción activa, pues la amputación del cuello, aunque no estaba incluida en la técnica original de Manchester, casi siempre es parte integral de la operación. El método de Watkins hoy se utiliza poco. En ocasiones puede ser útil en mujeres de edad avanzada y de mal pronósti-
co. El embarazo después de cualquiera de estas intervenciones puede muy bien ser complicado y obligar a efectuar una cesa-rea.

COLPOCLEISIS (Operación de Le Fort).

Algunos casos de procedencia masiva, muchas veces fracasos de otras intervenciones, requieren el cierre de la vagina. Evidentemente, esta operación sólo se efectuará en la mujer muy anciana o en la viuda, aunque diversas modificaciones permiten conservar una vagina funcional. La colpocleisis se lleva a cabo fácil y rápidamente y, claro está, puede ir precedida de histerectomía vaginal. Evidentemente, este tipo de cirugía es la última a la cual recurriremos, pero resulta casi infalible efectuada adecuadamente. Puede producirse incontinencia de esfuerzo si la aproximación de las paredes vaginales incluyen la unión del cuello vesical. (1)

Para la reparación quirúrgica del prolapso uterino, la vía de acceso más adecuada es la vaginal, pues las técnicas abdominales suelen ser inadecuadas. Los procedimientos que tienen éxito incluyen histerectomía vaginal y reparación del diafragma pélvico, procedimientos que conservan el útero en tanto como se vuelve a lograr sostén de estas estructuras, y colpocleisis completa si ya no se esperan contactos sexuales. (D)

QUIRURGICO:

Hay unas pocas mujeres de edad que tienen mal pronóstico y supervivencia probable limitada; constituyen las principales indicaciones para tratamiento de pesario. Con anestesia monóxido (local, de bloqueo y raquídea baja), suelen preferirse las operaciones fáciles de efectuar como la de Le Fort; pero hay un pequeño número de casos en los cuales la operación no interviene o es imposible. Para éstas mujeres se utilizan pesarios, aunque tienen algunas facetas desagradables. (N)

El prolapso uterino no puede curar por medios no quirúrgicos, pero puede brindarse sostén con un pesario en la mayoría de las pacientes en las cuales es practicable la cirugía. (D)

COMPLICACIONES

Aparte del prolapso uterino, y del cistocele o rectocele que con frecuencia se le asocia, existen otras secuelas patológicas.

No es raro que se presente la ulceración (úlceras de decúbito) del cuello, como resultado de la fricción del órgano contra los muslos de la enferma o del roce con los vestidos o servilletas protectoras que usan muchas pacientes. Otro hecho bastante común es la hipertrofia del cuello, que muchas veces se alarga enormemente, pero puede observarse sin prolapso, incluso en nulíparas, al parecer como proceso congénito.

Cuando hay gran relajación, puede producirse inversión completa de la vagina, y el conducto se gira al revés. El efecto secante del aire produce engrosamiento de la mucosa vaginal que la asemeja a la piel, con ulceraciones y hemorragias. (N)

Complicaciones Postoperatorias:

- 1.- Hemorragia
- 2.- Infección urinaria
- 3.- Infección de cúpula
- 4.- Recidivas de Prolapso
- 5.- Absceso retroperitoneal y hematoma
- 6.- Shock séptico.

Además, el prolapso y el cistocèle intensos pueden causar angulación del uréter, a nivel de la unión con la vejiga, - con la dilatación intensa del mismo por arriba.

Cáncer cervical con prolapso; esta combinación se considera rara, de manera que se observan relativamente muy pocos casos en la literatura ginecológica. Díaz-Bazan indica un número asombrosamente alto de casos en el Salvador, que llega a ser casi el 20 por 100 de todos los de la literatura mundial.

En el Salvador el nivel de vida es relativamente bajo, pero no difiere del correspondiente a otros países de América Central donde la combinación de prociencia y cáncer cervical es rara. (N)

INCIDENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLAN

Con la revisión de 500 papeletas de pacientes atendidas en 1973 a 1974, se encontraron 16 casos de prolapso uterino, dándonos una incidencia de 3.2% de histerectomía vaginal.

La edad de las pacientes y el hallazgo de prolapso uterino, es más alta entre las edades comprendidas de 56 a 60 años.

Por ser un hospital de área rural, las pacientes ingresan para hacerles el estudio de laboratorio, luego se planifican las operaciones, y esto nos da un tiempo de hospitalización mayor, siendo éste de 11 a 15 días.

En todos los casos que se encontraron de prolapso uterino, la conducta que se siguió fué quirúrgica, empleándose la Técnica del Mayo modificada por el Doctor Durán.

Se presentaron 2 casos de infección urinaria como complicación postoperatoria.

INCIDENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CAPITAL

De las 700 papeletas que se revisaron y los libros de registros de las Ginecologías A y B, en los años 1973 a 1974, se re-copilaron 32 casos de pacientes que presentaban prolapso uterino, lo que nos dió un porcentaje de 4.5% de histerectomías va-ginal.

En el Hospital General San Juan de Dios de la capital, las pacientes ingresan por consulta externa, con estudio de laboratorio completo, teniéndose la oportunidad de planear las in-tervenciones quirúrgicas y por ende el tiempo de hospita-liza-ción es más corto.

La incidencia es más alta entre las edades comprendidas de 56 a 60 años.

Se reportaron 10 casos de complicaciones postoperatorias de la siguiente manera: 4 casos de infecciones urinarias y 6 casos de infecciones de cúpula.

La conducta que se siguió en todos los casos fue quirúrgica, empleándose la Técnica Heaney.

Es de hacer notar que la condición socioeconómica de todas las pacientes que presentaron prolapso uterino es muy ba-ja, con historia de multiparidad, tomando como ésta la que ha tenido 4 o más embarazos; no está reportado ningún caso de pr-imigesta.

Tiempo en días de Hospitalización
Hospital General San Juan de Dios Amatitlán.

Días Hospitalización	Casos
11 - 15	3
16 - 20	4
21 - 25	3
26 - 30	3
31 - 35	1
36 - 40	0
41 - 45	0
46 - 50	2

Tiempo en días de Hospitalización
Hospital General San Juan de Dios Capital.

Días Hospitalización	Casos
6 - 10	2
11 - 15	17
16 - 20	5
21 - 25	2
26 - 30	3
31 - 35	1

Complicaciones Postoperatorias
Hospital General San Juan de Dios Capital.

Complicaciones	No. Casos	Porcentaje
Infección Urinaria	4	12%
Infección Cúpula	6	19%

Complicaciones Postoperatorias
Hospital General San Juan de Dios Amatitlán.

Complicaciones	No. Casos	Porcentaje
Infección Urinaria	2	12.5%
Infección Cúpula	0	0 %

Influencia de edad
Hallazgos de Prolapso Uterino
Hospital General San Juan de Dios Amatitlán.

Edades	No. de Casos
31 - 40	3
41 - 50	5
51 - 60	5
61 - 70	3

Influencia de edad
Hallazgos de Prolapso Uterino
Hospital General San Juan de Dios Capital.

Edades	No. de Casos
31 - 40	4
41 - 50	8
51 - 60	15
61 - 70	3
71 - 80	2

RESUMEN

El presente estudio comparativo ha sido elaborado tomando en cuenta la incidencia de morbilidad y mortalidad en Histerectomía Vaginal, de los Hospitales General San Juan de Dios de Amatlán y General San Juan de Dios de la Capital; estudio realizado en el año 1973 a 1974, encontrándose 48 casos de prolapso uterino en ambos hospitales en la revisión de 1200 papeletas de los archivos y libros de registro respectivos.

La conducta que se siguió, fué quirúrgica empleándose la Técnica de Heaney y Técnica de Mayo modificada por el Doctor Durán.

La incidencia de prolapso uterino fué mayor entre las edades de 56 a 60 años con tipo grado III. La complicación postoperatoria más frecuente fué infección urinaria y no se encontró ningún caso de mortalidad.

CONCLUSIONES

- 1.- Revisión de 48 casos de Histerectomías Vaginal en 1,200 pacientes.
- 2.- El prolapso Uterino es más frecuente en pacientes de edad avanzada y de condición económica baja.
- 3.- No se encontró ningún caso de Prolapso Uterino en pacientes nulíparas o primigestas.
- 4.- En todos los casos los síntomas fueron similares.
- 5.- La incidencia de Prolapso Uterino fué mayor entre los 56 y 60 años.
- 6.- No se dio ningún caso de mortalidad en éste estudio.
- 7.- La conducta quirúrgica tomada fué Histerectomía vaginal.
- 8.- La complicación postoperatoria más frecuente fué infección urinaria.
- 9.- El tipo de prolapso más frecuente fué grado III.
- 10.- Se observó mayor incidencia de complicaciones postoperatorias en el Hospital General San Juan de Dios de la Capital.

BIBLIOGRAFIA

- Davis, Carl Henry; Gynecology and Obstetrics; 1a. Edición 1946.
- Greenhill, J. P.; Cirugía Ginecológica; 2a. Edición 1959, México, Interamericana, 350 p.
- Krup, Marcus A. Dr.; Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 14a. Edición 1976, México, Interamericana, 1232 p.
- Novak, R. Edmund Dr.; Ginecología; 8a. Edición. México, Interamericana 1971, 839 p.
- Saluston, Jr., David Dr.; Tratado de Patología Quirúrgica; 10a. Edición 1974, México, Interamericana, 2067 p.

Br. Lester Huberto Bustamante López

Dr. Edgar W. Reyes
Asesor

Dr. Mario Andrés González
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano