

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“HISTERECTOMIA ABDOMINAL”

Estudio realizado en el Hospital Regional de Zacapa

TESIS

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

POR

GONZALO GILBERTO AMADO HERRERA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

C O N T E N I D O

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODOS
4. ANTECEDENTES
5. RESULTADOS Y COMENTARIOS
6. CASUISTICA
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Histerectomía Abdominal, es considerada como una intervención quirúrgica de Alta Cirugía consistente en la extirpación del Utero por vía abdominal pudiendo ser total o subtotal, ocurriendo lo segundo cuando por razones técnicas no es posible extirpar el cuello.

En el presente trabajo estudiamos todos los casos en que se efectuó dicho procedimiento como tratamiento en el Hospital Regional de Zacapa durante cinco años comprendidos de 1974 a 1978. Así es pues, están incluidas las histerectomías realizadas como tratamiento de Leiomiomas uterinos, Carcinoma del cuello de Endometrio, Histerectomías obstétricas, etcétera.

En todos los casos investigados se efectuó histerectomía totales y para ello se siguió las técnicas clásicas según las características de la indicación establecida y con las modificaciones necesarias que planteara la presentación del problema.

Es este trabajo el primero que analiza la histerectomía abdominal tomando en cuenta todas sus indicaciones y el primero que a nivel de provincia se realiza pues los anteriores están limitados a diverso tipo de indicaciones y se han efectuado en la ciudad capital, siendo su objetivo el de aportar a la casuística de la cirugía en Guatemala datos e información propios con motivo de poder establecer bases comparativas sobre el tema, mediante el estudio de la realización de la histerectomía abdominal en el "Hospital Regional de Zacapa".

O B J E T I V O S

Conocer la incidencia de la "HISTERECTOMIA ABDOMINAL" en el Hospital Regional de Zacapa y sus primordiales indicaciones.

Conocer el grupo etéreo más afectado por los padecimientos que constituyen indicaciones de histerectomía abdominal.

Investigar la paridad y otros antecedentes ginecobstétricos en las pacientes cuyos padecimientos constituyen su indicación y su relación con los mismos.

Establecer una correlación clínico-patológica de los padecimientos o indicaciones más importantes, mediante el conocimiento del motivo de ingreso, diagnóstico preoperatorio y diagnóstico de patología.

Conocer la técnica quirúrgica utilizada en la histerectomía abdominal en el Hospital Regional de Zacapa.

Conocer el tiempo de hospitalización, tiempo empleado en el proceso operatorio, tipo de anestesia más utilizado y la medicación previa.

Investigar las complicaciones más frecuentes trans y post-operatorias.

Establecer una correlación entre el uso profiláctico de antibióticos y las complicaciones sépticas.

Conocer los valores de Hemoglobina y Hematocrito previos a la intervención y el uso de transfusiones pre, trans y post-operatorias.

10. Contribuir al estudio de los procesos quirúrgicos realizados en Guatemala y especialmente en los hospitales departamentales, aportando datos e información propios con motivo de poder establecer bases comparativas sobre este tema.

MATERIAL Y METODOS

MATERIALES:

Libros y registros de Sala de Operaciones de los años 1974-1978.

Registros Clínicos.

Libros de Ingreso y Egreso de pacientes de los servicios de cirugía de mujeres y de Casa de Salud.

Archivos de diagnóstico de patología.

Estudios realizados y otra bibliografía sobre el tema.

Otros materiales.

Se utiliza el método de investigación retrospectiva de los archivos del Hospital Regional de Zacapa, obteniendo el número de registro correspondiente a 148 casos registrados en los libros de Sala de operaciones del quinquenio 1974-1978 y de los casos registrados en los mismos libros, efectuados en 1979 en enero, con el fin de globalizar una casuística de 150 hysterectomías abdominales.

Se toma como parámetros obtenidos de los libros de Sala de Operaciones:

1. Edad
2. Diagnóstico Pre y Post operatorios
3. Tiempo utilizado en la operación
4. Tipo de Anestesia

De los registros clínicos:

1. Motivo de ingreso (síntomas, signos o diagnósticos)
2. Antecedentes ginecobstétricos: Gestas, Partos, Abortos.
3. Valores de Hb y Ht pre y post operatorios, así como el uso de transfusiones sanguíneas.
4. Premedicación.
5. Hallazgos y complicaciones transoperatorias.
6. Complicaciones post operatorias.
7. Uso de antibióticos con fin profiláctico.

Del archivo de Patología:

1. Diagnóstico patológico de piezas operatorias enviadas.

De los libros de Ingreso y Egreso:

Fecha de ingreso y egreso para determinar el tiempo de hospitalización.

Se realizó investigación bibliográfica sobre el tema y se procedió a procesar los datos obtenidos para presentar los resultados.

A N T E C E D E N T E S

La Histerectomía fue llevada a cabo satisfactoriamente muchos años después de la "ovariectomía" y cuando ésta ya constituía una operación bastante frecuente y acompañada de bastante éxito.

Fue posiblemente Cavallini de Florencia en 1768, el primero que sugirió extirpar el útero fundándose en experiencias con animales, pero él no la efectuó en seres humanos.

El 1843 Charles Clay, de Manchester, extirpó un útero fibroso con post operatorio inmediato favorable, pero la paciente falleció el décimo quinto día.

La primera extirpación completamente favorable de un útero fibroso tuvo lugar diez años más tarde en Massachusetts, en 1853 por el Doctor Walther Burnham, de Lowell, quien obteniendo éxito con la primera, realizó otras histerectomías, no obstante que de las 15 subsiguientes solo sobrevivieron 3 pacientes.

En 1876 Eduardo Porro efectuó la primera Cesárea-Histerectomía en una mujer viva con buenos resultados.

Freund, en 1878 sometió el manual operatorio de la Histerectomía Abdominal a reglas precisas, extrayendo por la cavidad abdominal, un útero canceroso. Este método se aplicaba únicamente al tratamiento del cáncer del útero, operando muchas veces a mujeres que ya habían llegado al estado caquéctico, por lo que los resultados generales fueron malos.

En 1881 Bardenheuer demostró los inconvenientes de los métodos llamados Intra y Extraperitoneales, practicando la operación en dos tiempos uno vaginal y otro abdominal. Le sigue Pean quien publica algunas observaciones aisladas de ablaciones

totales del útero hechas también a dos tiempos, comprendiendo el primero la amputación supracervical del útero y el segundo la extirpación del cuello uterino por vía vaginal. Se creó con esto la histerectomía abdomino-vaginal que también cayó en descrédito.

Es hasta 1890 cuando Martin inicia la histerectomía abdominal propiamente dicha, estudiándola en todos sus detalles y aplicándola en los casos de fibromiomas uterinos, siguiéndolo el procedimiento de Freund.

Doyen en 1891 ideó su propio procedimiento, publicando su primer caso en 1893 y en 1894 modificó su primer procedimiento.

El 30 de enero de 1894 Enrique Delageniere practicó en Francia por primera vez, la castración abdominal total por supuración de los anexos.

Emil Reis de Chicago y John Clark de Filadelfia en el año de 1895 publicaron la técnica de la histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pelvianos en el tratamiento de carcinoma del cérvix, pero su escaso éxito estaba únicamente en los casos en que la enfermedad se limitaba al cérvix.

3 años más tarde, Wertheim de Viena comenzó a realizar el mismo tipo de histerectomía abdominal radical, popularizándola en Europa y en menor grado en Estados Unidos. En 1912 publicó los resultados del tratamiento de 500 pacientes y que consistía en histerectomía abdominal total, resección de los parametrios y extirpación de los ganglios linfáticos. Su nombre está asociado a esta operación, al grado de que se le llega a tomar como sinónimo de la misma, no obstante que fué Clark el primero en realizarla.

Más tarde Víctor Boney, introdujo el procedimiento a la cirugía moderna incrementando la cifra de operabilidad al reducir

la mortalidad operatoria de 30o/o a cifras tan bajas como 9o/o, y José Meigs combinó la histerectomía radical con la linfadenectomía pélvica efectuada por Taussig operando únicamente los estados iniciales de cáncer de cérvix, aumentando en 30o/o la sobrevida, sobre los casos anteriores.

En México, el primer caso de histerectomía abdominal total se debe al doctor Rafael Lavista

LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN GUATEMALA

Es necesario destacar en la historia de la medicina en Guatemala, como en la historia de todo lo que implique un adelanto en la ciencia quirúrgica a los doctores: Juan J. Ortega, Salvador Ortega y Juan Ignacio Toledo como pioneros de la Ginecología Operatoria en Guatemala.

Los doctores: Juan J. y Salvador Ortega fueron quienes practicaron por primera vez en la Casa de Salud del glorioso Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala, la "ooforo-metro-salpingectomía" abdominal total por "ooforo-metro-salpingitis" purulenta el día 6 de julio de 1902.

El éxito obtenido por los doctores Ortega y lo interesante y laborioso del procedimiento motivó a su discípulo el doctor Rodolfo Leiva a presentar como trabajo de tesis de graduación su obra "Histerectomía Abdominal Total" en 1902. Es este el primer estudio que se realiza en el país sobre este tema y en él se presentan los 12 primeros casos realizados de histerectomía abdominal total siendo 3 las indicaciones de su aplicación: 1. tumores fibrosos; 2. tumores malignos; 3 afecciones sépticas del útero y de los anexos.

Existen otros estudios presentados como trabajos de tesis de graduación:

En 1962 "La Histerectomía Obstétrica en el Hospital Roosevelt".

Este trabajo es una revisión retrospectiva de lo que había sido la histerectomía obstétrica desde los inicios del Hospital Roosevelt el 15 de diciembre de 1955, hasta mayo de 1962.

En 1970 se presentó "Histerectomía Radical en el tratamiento de Carcinoma del Cérvix" estudio efectuado en el período de 1947 a 1970.

En 1975, se presentó el trabajo "Cesárea-Histerectomía a un tiempo" Revisión de 5 años retrospectivos (1969-1974) en el Hospital General "San Juan de Dios" con un análisis y revisión de 10 casos de Cesárea Histerectomía.

Y los últimos trabajos presentados son de 1978: "Histerectomía Obstétrica en el Hospital Roosevelt. Revisión de 16 años (1962-1977) y el trabajo "Histerectomía Radical en Carcinoma del Cervix" consistente en una revisión de las histerectomías radicales realizadas en el Hospital General "San Juan de Dios" desde 1971 a 1977.

La histerectomía abdominal se realiza hoy en día tanto en los hospitales de la capital como los de provincia, haciendo gala de la más depurada técnica y de la habilidad de sus cirujanos y cuyos resultados se exponen en este trabajo, que difiere de los anteriores tanto en sus variables, como también en que constituye el primero que se realiza en un hospital departamental.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Técnica de Richardson

La técnica descrita por E. H. Richardson, es la empleada como tratamiento de diversos tipos de afecciones uterinas, a la cual se le han hecho modificaciones, según el criterio de los cirujanos y aquí la describimos tal como fue propuesta originalmente.

1. La vejiga y el recto deben hallarse vacíos y la vulva, la vagina y el cuello cuidadosamente limpios. En posición de decúbito dorsal se pincelan la vulva, la vagina, cuello y fondos de saco con tintura de yodo, mercurio cromo al 20o/o o solución de Scott; seguidamente se taponan la vagina con gasa y se procede a la limpieza y preparación habitual de la pared abdominal y perineo y se colocan campos estériles para la delimitación del campo operatorio.

2. Se practica una incisión mediana desde el ombligo hasta la sínfisis púbica.

3. Con el objeto de lograr una adecuada exposición de los órganos pélvicos se recurre a la posición de Trendelenburg y a la discreta introducción de compresas humedecidas.

4. Se toma entonces firmemente el cuerpo de útero con un instrumento apropiado, siempre que estemos seguros de la naturaleza benigna de la afección. Pero, si se comprueba o se sospecha la existencia de un proceso maligno, la operación deberá modificarse para incluir la extirpación de ambas trompas y de los ovarios. Se debe tener cuidado de no ejercer ningún tipo de compresión sobre el útero, hasta que no se halla bloqueado totalmente toda la irrigación sanguínea extrínseca y los aportes linfáticos mediante la ligadura y la sección de sus cuatro troncos cardinales a saber: los dos sistemas ováricos y los dos uterinos.

Esto constituye según el criterio del autor (1) "una preocupación tan discreta como efectiva contra la posible diseminación de las células cancerosas al ser éstas exprimidas dentro de la corriente circulatoria de los vasos adyacentes".

5. Se efectúa luego una incisión transversal arciforme en el peritoneo vesico-uterino, en el margen superior a su adherencia a la matriz, y se prolonga por uno y otro lado hasta la inserción uterina de los ligamentos redondos.

6. En el ángulo formado por esta incisión a cada lado se introduce el índice, horadando con el mismo a través del tejido areolar laxo de la porción superior del ligamento ancho y perforando su capa posterior cerca del útero, por debajo del nivel donde se inserta el ligamento redondo, la trompa de falopio y el ligamento uteroovárico.

7. Esta abertura se va agrandando, mediante disección roma con el dedo índice, lo suficiente para permitir la aproximación de las tres estructuras citadas hasta constituir un solo pedículo, al que se aplicará un par de pinzas. Se practica entonces la amputación entre las mismas y muy cerca del útero.

8. Las pinzas colocadas en los muñones seccionados, son sustituidas por ligaduras de transfijión, en tanto que las pinzas colocadas junto a los cuernos uterinos se utilizarán de ahora en adelante como instrumentos de tracción. El que se usó originalmente para sostener el cuerpo de la matriz y mantenerlo elevado, se retira ahora.

9. Al levantar el útero se visualizan perfectamente diferenciados los vasos uterinos, los que serán pinzados y cortados a cada lado, a nivel del orificio interno. En estos vasos se sustituyen las pinzas por ligaduras, teniendo cuidado de no incluir tejido cervical cuando se pasa la aguja.

10. Mediante disección digital, pueden separarse entonces a cada lado, con toda facilidad y sin peligro, los vasos uterinos seccionados, desde el cérvix hasta el punto donde emergen por encima del grueso segmento basal del ligamento ancho.

11. Se tracciona el útero hacia arriba y se separa del mismo la vejiga mediante disección roma con el dedo índice recubierto de gasa; se comienza por la región del cuello y luego por la pared vaginal anterior, hasta bien por debajo del hocico de tenca. La línea de inserción de menor resistencia se encuentra en la mayoría de los casos entre la vejiga y la fascia pubocervical en la cual se tropieza en el plexo vascular. Si se practica entonces una incisión en forma de T a través de la fascia —con el trazo transversal algo por debajo del nivel correspondiente al orificio interno, y el corte vertical por encima del centro del cuello—, será posible separar fácilmente del cuello tanto la capa fascial como los vasos, y desplazar éstos hacia los costados, valiéndose del dedo índice, con lo cual dichos elementos vasculares serán llevados junto a los segmentos basales del ligamento ancho.

Las dos etapas anteriores permiten separar lo más posible los uréteres del cuello, hasta donde resulte apenas posible lesionarlos siempre y cuando se tomen las precauciones pertinentes en la subsiguiente aplicación de pinzas.

12. Se ejerce una fuerte tracción del útero hacia arriba y hacia adelante, y se realiza una incisión transversal a través del pliegue peritoneal posterior a 1 cm. por encima del nivel de la inserción de los dos ligamentos uterosacros. El colgajo peritoneal inferior que así resulta se halla firmemente unido a la pared posterior del cérvix, y se hace necesaria una cuidadosa disección vertical hacia abajo, en una extensión de por lo menos 2 cm., para liberarlo lo suficiente como para permitir la introducción del dedo índice. Por debajo del límite señalado las inserciones peritoneales y rectales son completamente laxas lo que facilita la disección roma que se practica para liberar, primero el peritoneo

del cuello, continuándola luego hacia abajo para separar el recto de la vagina hasta más allá del nivel del hocico de tenca. Si se tiene cuidado de no desviarse a los costados, cayendo en la zona de los ligamentos anchos, no se producirá la menor hemorragia en esta fase de la operación.

13. Si se mantiene bien elevado el útero, pueden oponerse perfectamente los dos índices del operador por debajo del nivel correspondiente a la porción vaginal del cérvix, mediante invaginación de las paredes anterior y posterior, respectivamente, maniobra que demostrará que la vejiga y el recto han sido liberados suficientemente de la vagina.

14. A continuación se pinzan los dos ligamentos uterosacros, procediendo luego a seccionarlos y ligarlos cerca de sus inserciones cervicales.

15. El grueso segmento basal del ligamento ancho de cada lado, junto con el plexo vascular adyacente al mismo (que fuera desplazado mediante la disección ya descrita de la zona central del cuello uterino practicada por delante y por detrás) pueden pinzarse con facilidad cerca del borde lateral del cuello uterino, seccionarse y ligarse sin riesgo, procediendo seguidamente a retirar las pinzas. Si el cuello se encuentra algo elongado, debe repetirse la técnica a un nivel más bajo.

16. La bóveda vaginal queda ahora a la vista por todas partes, y ya puede extraerse el tapón de gasa estéril desde abajo. Nótese que ni siquiera en este estadio de la operación se ha producido ninguna hemorragia complicada, y que no se encuentran pinzas que interfieran el campo de la pelvis. Se incide la pared vaginal anterior, quedando muy pronto abierta la vagina. A medida que va extendiéndose el corte en derredor del cuello, se coloca hasta cuatro pinzas en el borde de la bóveda: una anteriormente y en la línea media, una por detrás también mediana y las restantes en los ángulos laterales. Así es dable

extraer el cuerpo del útero fuera de la pelvis, sin que en ningún momento el cuello halla rozado ningún tejido del interior de la misma.

17. Seguidamente se sustituyen las cuatro pinzas aludidas por otras tantas suturas en los ángulos, de la manera siguiente: primero se pasa la aguja atravesando la pared vaginal anterior hasta la luz de la vagina, a 1 cm., del ángulo por dentro de la pinza mediana; luego se atraviesa por transfixión dos veces el muñón correspondiente a la porción basal del ligamento ancho, formando en su interior una amplia sutura continua de colchonero; desde allí la aguja vuelve a penetrar en la luz de la vagina y hace pasar un punto a través de la pared posterior de aquella, también en un centímetro por debajo del extremo de la pinza, aprovechando para cargar en la sutura de cabo suelto del ligamento uterosacro. Al anudarse la sutura precitada cierra y acerca los ángulos laterales de la vagina y les adosa a modo de soporte el fuerte segmento basal del ligamento ancho junto con el ligamento uterosacro.

18. Se efectúa en seguida el afrontamiento —total o parcial— de la pared vaginal anterior a la posterior, dependiendo una u otra variedad de que se deje o no un drenaje.

19. Por medio de una sutura simple de colchonero a cada lado se atraviesa en primer término la bóveda vaginal cerrada, por delante y por detrás de la sutura angular previamente descrita; la aguja atraviesa luego por transfixión los muñones de los ligamentos redondos y uteroováricos y se dirige hacia atrás para tomar la pared posterior de la vagina con el punto opuesto al de entrada. Al anudar esta sutura se ponen en contacto los ligamentos redondos y uteroováricos con la bóveda vaginal, proporcionando así un soporte adicional a esta última y, al mismo tiempo, suspendidos los ovarios.

20. El borde seccionado del peritoneo vesicouterino se

sutura entonces con todo cuidado al borde libre del peritoneo posterior, quedando completamente peritonizada la pélvis y la bóveda vaginal y los ovarios firmemente sostenidos.

Se han realizado dos modificaciones importantes: una cuando está indicada la salpingoovariectomía unilateral o bilateral, con lo cual la técnica descrita se simplifica y permite mayores modificaciones. Otra, en la que por alguna afección de tipo benigno del cuerpo uterino, por ejemplo una alteración miomatosa se dificulte la exposición del cuello, se recomienda una histerectomía subtotal a la altura del orificio interno o algo por encima y el cérvix puede extirparse según la técnica antes descrita.

INDICACION DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL SEGUN DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

INDICACION DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	No. de casos	Porcentaje
Fibromatosis Uterina	64	42.666
Ca. de cérvix In Situ	51	34.000
Metropatía hemorrágica	9	6.000
Pólipo endocervical	8	5.333
Prolapso uterino	3	2.000
Cervicitis crónica	3	2.000
Ruptura uterina	2	1.333
Absceso pélvico, pelviperitonitis	1	0.666
Quiste de ovario	4	2.666
Metrorragia secundaria a mola	1	0.666
Embarazo ectópico	1	0.666
Carcinoma de endometrio	3	2.000
T O T A L	150	99.996

El mayor porcentaje correspondió a fibromatosis uterina el cual es de 42.660/o siguiéndole en orden el de carcinoma del cérvix in situ el cual es de 340/o con un total de 51 casos.

De los casos de Ca. de cérvix, 2 se diagnosticaron durante el embarazo por lo que hubo que esperar que éste llegara a término para realizar histerectomía post CSTP.

En los cuatro casos de quiste del ovario que se presentan, el diagnóstico post operatorio fue de fibromatosis uterina, y el de embarazo ectópico también se diagnosticó fibromatosis.

AGRUPACION SEGUN EDAD DE LAS PACIENTES

GRUPO ETAREO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
20 - 24 años	4	2.666
25 - 29 años	7	4.666
30 - 34 años	14	9.333
35 - 39 años	26	17.333
40 - 44 años	37	24.666
45 - 49 años	29	19.333
50 - 54 años	15	10.000
55 - 59 años	9	6.000
60 - 64 años	4	2.666
65 - 69 años	3	2.000
70 y más años	2	1.333
T o t a l	150	99.996

El grupo etareo más afectado correspondió al comprendido entre la tercera y cuarta década de la vida. Siendo la más joven una paciente de 20 años, siguiéndole en orden ascendente una de 23 años. La paciente de más edad es de 79 años y le sigue en orden descendente una de 78 años que son las dos pacientes que aparecen en el grupo de 70 y más años.

EDAD DE LAS PACIENTES SEGUN LAS DOS PRINCIPALES INDICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

GRUPO ETAREO	No. Casos		No. Casos	
	FIBROMATOSIS	Porcentaje	CA. IN SITU	Porcentaje
20 - 24 años	1	1.56	2	3.92
25 - 29 años	0	0.00	3	5.88
30 - 34 años	6	9.37	6	11.77
35 - 39 años	15	23.44	8	15.68
40 - 44 años	17	26.56	9	17.64
45 - 49 años	15	23.44	6	11.77
50 - 54 años	5	7.81	6	11.77
55 - 59 años	3	4.69	6	11.77
60 y más años	2	3.12	5	9.80
TOTAL	64	99.99=100o/o	51	100.00

El cuadro anterior nos demuestra que los dos padecimientos difieren en cuanto al grupo etáreo que afectan, ya que la mayoría de los casos de fibromatosis uterina se concentra en los grupos que van de la segunda mitad de la tercera, hasta el final de la cuarta década de la vida, mientras que el carcinoma in situ tiene una distribución más general, disminuyendo en el más bajo y en el más alto grupo etareo.

AGRUPACION SEGUN MOTIVO DE INGRESO

De los 150 casos sólo se localizaron 94 papeletas que corresponden al 63o/o de los casos. Algunas tienen motivo de consulta (sintomatología) otros describen signos y otros registros tienen únicamente el diagnóstico de ingreso. Por tal razón estos datos se agruparon, según los 10 principales motivos de ingreso como se detalla a continuación.

MOTIVO DE INGRESO	No. Casos	Porcentaje
1. Hemorragia vaginal frecuente y abundante, útero aumentado de tamaño.	23	24.47
2. Papanicolaou positivo para carcinoma del cérvix.	21	22.34
3. Masa abdominal con aumento gradual de tamaño, dura y dolorosa de etiología desconocida.	23	24.47
4. Hemorragia vaginal, sin referir otro síntoma o signo.	10	10.64
5. Ulcera de cérvix y papanicolaou sospechoso de carcinoma del cérvix.	6	6.38
6. Ulcera crónica del cérvix, y cervicitis erosiva con dolor abdominal pélvico.	6	6.38
7. Embarazo a término y papanicolaou positivo para carcinoma del cérvix.	2	2.13
8. Ruptura uterina	1	1.06
9. Prolapso uterino	1	1.06
10. Pólipo cervical recidivante	1	1.06
T O T A L	94	99.99=100o/o

Los principales motivos de ingreso por síntomas e impresión clínica fueron: hemorragia vaginal frecuente y abundante, útero aumentado de tamaño; masa abdominal de aumento gradual, dura y dolorosa de etiología desconocida y positividad de papanicolaou para carcinoma del cérvix in situ.

De la primera agrupación, 5 pacientes presentaron además: inconsistencia urinaria.

De la segunda agrupación a dos pacientes se les realizó además de papanicolaou, biopsia de cuello, las cuales fueron positivas a carcinoma in situ.

De la tercera agrupación, en 3 de las pacientes la masa se describe como lateralizada hacia una de las fosas ilíacas.

Del séptimo grupo, 1 de los casos presentó hemorragia vaginal en trabajo de parto y carcinoma del cérvix por papanicolaou.

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA

Se localizaron 126 reportes del estudio histológico de las piezas enviadas, de los cuales unos presentaban varios diagnósticos referentes a patología del cuello y cuerpo uterino y otros sólo referían un solo diagnóstico; por ello, fue necesario hacer dos agrupaciones de la patología encontrada: una con los diagnósticos de afecciones del cuello y otra con las del cuerpo uterinos.

PATOLOGIA DEL CUELLO

DIAGNOSTICOS:	No. CASOS	PORCENTAJE:
Cervicitis	51	49.04
Carcinoma del cuello ^(*)	35	33.65
Displasia	8	7.69
Polipos	3	2.88
Otros	1	0.96
Sin patología reconocible	6	5.77
TOTAL	104	99.99=100o/o

PATOLOGIA DEL CUERPO

DIAGNOSTICOS:	No. CASOS	PORCENTAJE:
Leiomiomas	44	56.41
Adenomiosis	7	8.97
Polipos	5	6.41
Hiperplasia	3	3.85
Adenocarcinoma	2	2.56
Otros	11	14.10
Sin patología reconocible	6	7.69
TOTAL	78	99.99= 100o/o

(*) Los 35 casos de Carcinoma del cuello fueron descritos de la manera siguiente: 18 carcinoma invasivo; 12 carcinoma in situ; de los cuales 3 presentaban extensión glandular, y 5 casos de carcinoma microinvasivo.

En la patología del cuerpo uterino en el grupo de "Otros", se incluye un caso de carcinoma mixto: adenocarcinoma y adenoescamoso.

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

No. DE EMBARAZOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 Embarazos	9	9.57
1 - 2 "	13	13.83
3 - 4 "	19	20.21
5 - 6 "	7	7.45
7 - 8 "	13	13.83
9 - 10 "	6	6.38
11 - 12 "	6	6.38
13 y más "	3	3.19
No se reportan	18	19.15
TOTAL	94	99.99=100o/o

El mayor número de embarazos pertenece al grupo de 3 y 4 gestas, siguiéndole el número de casos que no se reportan.

Siguen en orden de importancia los grupos de 1 a 2 embarazos y de 7 a 8 que corresponden a un porcentaje de 13.83o/o.

Se presentan 9 casos de nulíparas, siendo virgen una de ellas.

El número de embarazos más alto fue de 14 gestas, siguiéndole en orden 2 pacientes con 13 gestas y 4 pacientes con 12.

No. DE PARTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
- 0 Partos (Nulíparas)	9	9.57
1 - 2 "	14	14.89
3 - 4 "	19	20.21
5 - 6 "	11	11.71
7 - 8 "	12	12.77
9 - 10 "	6	6.38
11 - 12 "	4	4.25
13 y más partos	0	0.00
No se reportaron	19	20.21
TOTAL	94	100.00

El número de partos que presenta el mayor porcentaje de pacientes fue el de 3 y 4 partos, siguiéndole en orden las pacientes con 1 y 2 partos. No se reportó la paridad de 19 pacientes que alcanzan un porcentaje de 20.21o/o que es igual al porcentaje presentado por el grupo con 3 y 4 partos.

Las pacientes con mayor número de partos fueron 3 con 12 partos cada una, siguiéndoles 1 paciente, con 11 partos y 2 con 10.

Las pacientes con menor número de partos fueron 7 con 1 parto y 7 pacientes con 2 partos, más nueve nulíparas que hacen un porcentaje de 9.57o/o.

ABORTOS

No. DE ABORTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 Abortos	53	56.38
1 "	12	12.77
2 "	5	5.32
3 "	2	2.12
4 "	3	3.19
5 y más	0	0.00
No se reportaron	19	20.21
TOTAL	94	100.00

El mayor número corresponde a 53 pacientes con historia de 0 Ab., con una relación porcentual de 56.38o/o.

El número de pacientes con mayor cantidad de abortos es de 3 pacientes., con 4 abortos cada una. No se reportaron 19 casos con un porcentaje de 20.21o/o.

VALORES DE HEMOGLOBINA

Previos a la intervención

Gramos de Hemoglobina	No. de Casos	Porcentaje
Menos de 6.5 y 6.5 g.	6	6.38
7 - 7.5	13	13.83
8 - 8.5	9	9.57
9 - 9.5	18	19.14
10 - 10.5	10	10.64
11 - 11.5	14	14.89
12 - 12.5	5	5.32
No se reportaron	19	20.21
TOTAL	94	100.00

El cuadro anterior nos muestra que la mayoría de pacientes fueron intervenidas con valores bajos y subnormales de hemoglobina ya que el promedio de los valores es de 9.5 gramos y el 19.14o/o de las pacientes tenían 9 y 9.5 g., de hemoglobina. Muy pocos casos reportaron el valor de hematocrito por lo que no se tomó en cuenta.

Las que presentaron los valores más bajos son: 1 paciente con 5 g. y otra con 6 g.; siendo los valores más altos encontrados los de 1 paciente con 12.5 gramos y otra con 12 gramos.

La mayoría de las pacientes se presentó en malas condiciones generales y nutricionales como consecuencia de su bajo nivel socioeconómico por una parte y de la pérdida crónica o aguda de sangre por otra. La mayoría de las pacientes que presentaron los niveles más altos de hemoglobina fueron intervenidas en el servicio privado (Casa de Salud) del Hospital, lo

que demuestra su relativa superioridad socioeconómica.

A 26 de las pacientes investigadas se les transfundió con sangre completa 500 cc., a 20 pacientes, 1000 a 5 Ptes. y 6,500 a una de ellas, para que llegaran a los valores mínimos aunque de riesgo, de aceptación para ser intervenidas quirúrgicamente. A 10 pacientes se les transfundió durante el proceso operatorio y a 16 en el período postoperatorio.

PREMEDICACION

TIPO DE PREMEDICACION	No. Casos	Porcentaje
Atropina y Demerol	89	94.68
No se reportaron	5	5.32
Total	<u>94</u>	<u>100.00</u>

Se incluye dentro de la premedicación, la administración de 0.10 g., de Seconal por vía oral a las 20:00 hrs., del día anterior a la intervención y a las 4 hrs., del día programado para la misma.

Casi el total de los casos reportados fueron tratados con una medicación previa consistente en Atropina y Meperidina (Demarol, Dolosal, Supradol) como lo demuestra el porcentaje respectivo que es de 95o/o.

La dosis de Atropina es de 0.5 mg., y la de Demerol es de 100 mg., las cuales se administran por vía intramuscular, 1 hora antes de la operación.

La cantidad de Demerol dosificada puede disminuir, según la edad de la paciente.

TIPO DE ANESTESIA

TIPO DE ANESTESIA	No. de Casos	Porcentaje
General	44	29.00
Raquidea	78	52.00
Raquidea complementada	25	16.76
Epidural	1	0.66
No se reportaron	2	1.33
TOTAL	150	99.98

La anestesia raquídea se realiza con vijocaína al 5o/o si es necesario se complementa con Pentotal cuando el período operatorio es largo y el tiempo de duración de la vijocaína no es suficiente.

TIEMPO DE OPERACION

De los 150 casos investigados sólo se logró el reporte del tiempo empleado en la operación, de 90 casos o sea del 60o/o, distribuidos así:

TIEMPO	No. CASOS	PORCENTAJE
Menos de 1 hora	2	2.22
1 hora	10	11.11
1 hora 15 minutos	15	16.66
1 hora 30 minutos	9	10.00
1 hora 45 minutos	10	11.11
2 horas	29	32.22
2 horas 15 minutos	6	6.66
2 horas 30 minutos	5	5.55
2 horas 45 minutos	1	1.11
3 horas	2	2.22
3 horas y más	1	1.11
TOTAL	90	99.97=100o/o

El tiempo de duración de una histerectomía abdominal fue en su mayoría de 2 horas, coincidiendo con el tiempo promedio empleado que es también de 2 horas como lo demuestra el 32o/o de los casos. El menor tiempo empleado en una histerectomía abdominal fue de 30 minutos, al que le sigue un procedimiento que duró 50 minutos que son los casos reportados como de menos de una hora.

El proceso operatorio en el que más tiempo se empleó fue de 3 horas con 30 minutos.

El tiempo utilizado en este tipo de operaciones es una variable que está sujeta a la indicación de la misma y a los hallazgos encontrados.

USO PROFILACTICO DE ANTIBIOTICOS

TIPO DE ANTIBIOTICOS	No. CASOS	PORCENTAJE
Penicilina	5	5.319
Penicilina - Streptomicina	48	41.063
Cloramfenicol	5	5.319
Penicilina - Cloramfenicol	10	10.638
Penicilina - Sulfa (batrim, Gantrisin)	2	2.127
Streptomicina - Tetraciclina	3	3.191
Cloramfenicol - Streptomicina	2	2.127
Sulfadiazina	2	2.127
Cloramfenicol - Sulfa	1	1.063
Ampicilina	1	1.063

De los antibióticos usados en 94 de los casos el mayor porcentaje corresponde a 48 casos tratados con la asociación de Penicilina y Streptomicina y es de un 51o/o. Le sigue el uso de la asociación Penicilina - Cloramfenicol con 10 casos y una relación porcentual equivalente al 11o/o del total. 15 casos no reportaron el uso de antibióticos.

El uso profiláctico de antibióticos se recomienda en este tipo de operación debido a la prolongada exposición a que se somete la cavidad abdominal y al manipuleo y laboriosidad de que son objeto los órganos pélvicos. Sus ventajas podemos observarlas al comparar el presente cuadro en el que 79 de los casos fueron tratados con este tipo de medicamentos = al 84o/o con el cuadro referente a las complicaciones post-operatorias en el que sólo 2 de los casos presentaron complicaciones sépticas y que corresponden a un 2.13o/o.

COMPLICACIONES

TRANS-OPERATORIAS

De los 94 casos solamente 14 presentaron complicaciones tal como se describe a continuación:

TIPO DE COMPLICACION	No. CASOS	PORCENTAJE
Hipotensión	10	10.638
Alergia a transfusión	2	2.127
Paro respiratorio (reversible)	1	1.063
Muerte	1	1.063

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Sólo se reportaron 21 casos en los cuales hubo complicación y se anotan en la forma siguiente:

TIPO DE COMPLICACION	No. CASOS	PORCENTAJE
Retención urinaria	6	6.382
Shock hipovolémico	4	4.255
Hipotensión y tendencia al shock	2	2.127
Infección de herida operatoria	1	1.063
Infección más dehiscencia	1	1.063
Fiebre	1	1.063
Ligadura de uréteres	1	1.063
Muerte	2	2.127
Neumonía hipostática	1	1.063
Hipertensión	2	2.127

Fueron mayores las complicaciones post-operatorias 22o/o del total que las trans-operatorias cuyo porcentaje es de 16o/o

el proceso de hipotensión y shock hipovolémico puede estar asociado tanto a una pérdida sanguínea, como al mal estado general de las pacientes.

Se adjunta la historia el caso de ligadura de uréteres, mas no así, el de muerte trans-operatoria, pues no fue posible localizar la papeleta respectiva.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

De los casos investigados solamente 128 reportaron el tiempo de hospitalización, equivaliendo dichos casos al 85o/o de los casos investigados y que para una mejor tabulación se presentan así:

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	No. Casos	Porcentaje
5 - 7 días	29	22.7
8 - 10 días	38	29.7
11 - 13 días	11	8.6
14 - 16 días	20	15.6
17 - 19 días	11	8.6
20 - 22 días	5	3.9
23 - 25 días	3	2.3
26 y más días	11	8.6
TOTAL	128	100.0

El tiempo de hospitalización más frecuente es de 8 a 10 días, siguiéndole el de los casos de 5 a 7 días, tal como lo muestran los porcentajes de 29.7 y 22.7 respectivamente; siendo el promedio de días de hospitalización igual a 16 días.

Las pacientes que menos tiempo hicieron fueron dos de 5 días y las que más tiempo estuvo hospitalizada, estuvo 76 días, siguiéndole otra paciente que estuvo 53 días. Ambos casos fueron complicados y del primero se adjunta historia clínica.

Es de observar que la mayoría de pacientes que menos tiempo hicieron de hospitalización fueron operadas en Casa de Salud (Servicio Privado) y la mayoría de pacientes que hicieron un tiempo prolongado fue porque hubo necesidad de recuperarlas nutricionalmente y de transfundirlas con sangre completa, de acuerdo al criterio de la Institución.

MARIA CONCEPCION PACHECO CHACON

Paciente de 23 años de edad, con gestas: 3, partos: 2, abortos: 0.

Ingresó con historia de embarazo a término de cuarenta semanas y media de evolución por U.R., con diagnóstico de carcinoma epidermoide in situ por papanicolaou y biopsia.

Se realizó cesárea segmentaria transperitoneal electiva, seguida de histerectomía total por carcinoma de cérvix, bajo anestesia raquídea complementada con pentotal, el día siguiente de su ingreso, y con valores previos de hemoglobina de 11.8 gramos y hematocrito de 38o/o. Durante el proceso operatorio no hubo ninguna complicación.

Durante el post-operatorio inmediato presentó anuria de 24 horas de evolución. En vista de que sonda uretral de foley estaba permeable y no drenaba orina se realizó pielograma intravenoso el cual mostró retención del medio de contraste a nivel de ambas pelvis renales.

Se reintervino la paciente con hemoglobina y hematocrito de 10.6G y 34o/o respectivamente realizando exploración de vías urinarias y encontrando sección y ligadura de ambos uréteres, los cuales fueron reparados mediante anastomosis de los cabos, dejando sondas delgadas las cuales permanecieron permeables durante 10 días, siendo retiradas al décimo.

Tuvo tratamiento profiláctico con antibióticos, siendo éstos: Penicilina y Streptomycin durante los primeros 3 días y luego se pasó a Penicilina y Cloramfenicol.

La evolución fue satisfactoria, egresando curada a los 18 días.

NASARIA REYES CASTRO

Paciente de 38 años de edad, gran múltipara, con historia de gestas: 10; partos: 19 y abortos: 0, y 6 hijos vivos.

Ingresó con diagnóstico de trabajo de parto y embarazo de 40 semanas de evolución, feto vivo en OIIA. Al siguiente día de hospitalizada, a las 6 am., presentaba contracciones c/3', FCF: 140 por minuto, cuello con 8 cm., de dilatación membranas rotas y altitud -3. Se inició conducción con 5 U., de Sintocinón diluido en 500 cc., de Dextrosa al 5o/o, la cual fue suspendida sin anotar la causa. A los 45 minutos dejó de auscultarse el foco cardíaco fetal (parece ser esta la causa de la suspensión de la conducción); contracciones c/3', cuello con 11 cm., de dilatación, altitud: 0, presentación la misma. A las 10 horas se reporta en la hoja de control de T. de P. "Ruptura Uterina", sin que variara la altitud ni demás datos del examen obstétrico.

A las 23 horas del mismo día paciente presentó tendencia al shock, por lo que en la sala de operaciones, se efectuaron maniobras de gran versión y gran extracción del feto, observando después: porción de epiplón que protruí a cavidad vaginal. Inmediatamente después se realizó exploración pélvica, encontrándose ruptura de todo el segmento uterino, la cual fue reparada mediante sutura. No se hizo histerectomía ya que paciente entró en shock, el cual fue reversible.

Paciente evolucionó mal, presentando alzas febriles desde el 2o. día por-operatorio, hasta de 40° C.; cuadros de distensión abdominal y neumonía. Fue tratada con Penicilina Procaína - Cristalina, Ampicilina y Cloramfenicol.

A los 26 días de operada presentó cuadro de ruptura de sutura uterina con prolapso parcial de útero por vía vaginal y secreción de material purulento. Considerándose un absceso pélvico

se reintervino a paciente en pésimas condiciones generales con Hb., de 6.6 g y Ht. de 24o/o por lo cual se transfundió con 500 cc de sangre completa y bajo anestesia raquídea complementada con Pentotal. Se encontró nuevamente ruptura del segmento por lo que se efectuó histerectomía abdominal. Paciente toleró bien procedimiento, continuándose tratamiento con Penicilina y Streptomina y se le transfundió sangre completa en dos oportunidades. Su evolución fue lenta pero satisfactoria egresando, mejorada a los 76 días.

El diagnóstico de patología reveló: "Inflamación aguda con formación de microabscesos".

CONCLUSIONES

- 1.- Las indicaciones principales de histerectomía abdominal fueron fibromatosis uterina y carcinoma del cérvix in situ, tal como lo demuestran los porcentajes de 43o/o y 34o/o respectivamente.
- 2.- El grupo etareo más afectado fue el comprendido entre la segunda mitad de la tercera hasta finales de la cuarta década de la vida.
- 3.- Los dos padecimientos más importantes: fibromatosis con 64 casos y carcinoma in situ con 51, difieren en cuanto al grupo etareo que afectan, ya que la mayoría de fibromatosis se concentra en los grupos que van de la tercera a la cuarta década de la vida mientras que el carcinoma in situ tiene una distribución más general.
- 4.- La sintomatología presentada por la mayoría de las pacientes y lo cual sirvió de motivo para su ingreso fueron: hemorragia vaginal frecuente y abundante y útero aumentado de tamaño.
- 5.- El método de diagnóstico más importante para el carcinoma del cérvix fue el examen citológico de papanicolaou.
- 6.- Los antecedentes gineobstétricos tienen poca o ninguna relación con los principales padecimientos estudiados ya que los mayores porcentajes de pacientes presentaron: 3 y 4 embarazos, 3 y 4 partos y 0 abortos.
- 7.- Las pacientes son intervenidas con valores bajos y subnormales de hemoglobina, teniendo un promedio de 9.5 gramos.

- 8.- La premedicación empleada en el 95o/o de los casos fue atropina y meperidina.
- 9.- La anestesia más frecuentemente usada fué la raquídea en un 68.6o/o siendo esta: simple en 78 casos igual al 52o/o y complementada en 25 casos igual al 17o/o.
- 10.- El tiempo empleado en una histerectomía abdominal se lleva un promedio de dos horas, tiempo que coincide con el mayor de los porcentajes obtenidos.
- 11.- Las complicaciones trans-operatorias fueron mínimas, siendo la hipotensión, la complicación más frecuente con un 10.64o/o.
- 12.- Las complicaciones post-operatorias, aunque mínimas, superan a las presentadas durante el proceso operatorio, siendo 6 casos de hipotensión y shock y 6 casos de retención urinaria.
- 13.- El uso profiláctico de antibióticos está indicado en este tipo de operación y su efecto lo comprobamos al comparar los cuadros respectivos observando que se usaron en el 84o/o de los casos y que las complicaciones sépticas fueron únicamente dos, con un porcentaje de 2.13o/o.
- 14.- Los diagnósticos de patología coinciden en su mayoría con los diagnósticos preoperatorios.
- 15.- El tiempo de hospitalización que estuvo la mayoría de pacientes fue entre 8 y 10 días, siendo el promedio igual a 16 días de estancia.

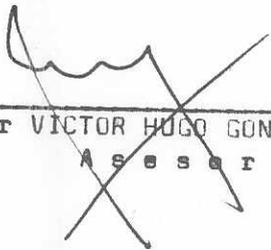
RECOMENDACIONES

- 1.- Mejorar el manejo de los registros clínicos, anotando todos los datos pertinentes, desde la ficha de ingreso y evoluciones la hoja de observaciones y medicamentos, revisándolos cuidadosamente
- 2.- Efectuar el record operatorio inmediatamente después de cualquier procedimiento quirúrgico.
- 3.- Mejorar el control de la papelería a través del archivo, a fin de obtener hasta donde sea posible el 100o/o de los datos en posteriores investigaciones.
- 4.- Efectuar un mejor control y seguimiento de los casos y realizar una concientización de las pacientes a fin de que regresen a sus controles post-operatorios.
- 5.- Tratar de disminuir hasta el 0o/o las complicaciones iatrogénicas.

BIBLIOGRAFIA

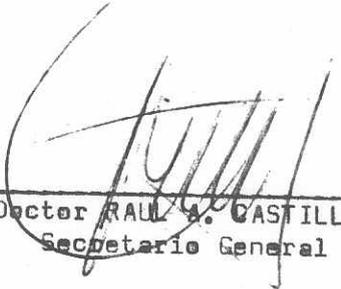
1. Te Linde, Richard W. "GINECOLOGIA OPERATORIA", 4a. Edición.
2. Kern, Gunther. "GINECOLOGIA" 1a. Edición.
3. Benson Ralph. "MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA" 2a. Edición.
4. Roads, Allen y Otros. "PRINCIPIOS Y PRACTICA DE CIRUGIA" 4a. Edición.
5. Leiva, Rodolfo. "HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL". Tesis de Graduación 1902.
6. De León Asturias, Guillermo. "HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT". Tesis de Graduación 1962.
7. Tello Sánchez, Guillermo Rafael. "HISTERECTOMIA RADICAL EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA DEL CERVIX", Tesis de Graduación 1970.
8. Villatoro Chavez, Luis Edilberto. "HISTERECTOMIA RADICAL EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA DEL CERVIX". Tesis de Graduación 1978.
9. Porres Rodas, Ana Silvia del Carmen. "HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT". Tesis de Graduación 1978.

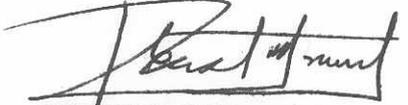

Prof. Gonzalo Gilberto Amado Herrera


Doctor VICTOR HUGO GONZALES AZMITIA
Asesor


Doctor JOSE TORIBIO DUARTE
Revisor


Doctor JULIO DE LEON M.
Director de Fase III


Doctor RAUL A. CASTILLO R.
Secretario General

Viste Bueno

Doctor ROLANDO CASTILLO MONTALVO
Decano