

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Guatemala, Mayo de 1980.

PLAN DE TESIS:

- INTRODUCCION
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODOS
- GENERALIDADES SOBRE INFECCION PELVICA
- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es bien conocido por todo ente social que se dedica a la medicina que la Infección Pélvica es un problema muy frecuente en todo el país y que mantiene en amenaza persistente a un gran número de mujeres en edad reproductiva y especialmente a aquellas que viven en el área rural en donde las condiciones socio económicas precarias, las costumbres, la ignorancia, hacen que las enfermedades inflamatorias pélvicas se manifiesten y que cobren muchas vidas.

Es además una entidad ampliamente temida por su alta incidencia de mortalidad y complicaciones y su capacidad potencial de producir esterilidad.

Este estudio que se realizó en forma retrospectiva y bibliográficamente en el Hospital Nacional de San Marcos pretendió básicamente demostrar que este tipo de fenómenos se podría disminuir su incidencia mediante una política de salud tendiente a mejorar las causas determinantes ya mencionadas.

OBJETIVOS

Generales:

1. Hacer un análisis estadístico de los casos informados en el estudio.
2. Efectuar una revisión bibliográfica del tratamiento quirúrgico de estas enfermedades.

Específicos:

1. Determinar mediante la revisión de los casos cual ha sido su manejo y evolución.
2. Conocer la incidencia de Infección Pélvica en el Hospital Nacional de San Marcos.
3. Conocer las principales causas de Infección Pélvica así como los factores que las condicionan.
4. Poder emitir conclusiones y recomendaciones en relación a dicho problema.

MATERIAL Y METODOS

Material:

Se estudiaron todos los casos de Infección Pélvica reportados desde el mes de Julio de 1,978, en el Hospital Nacional de San Marcos.

Método: Inductivo-Deductivo.

1. Revisión Bibliográfica.
2. Elaboración de Protocolo.
3. Revisión de fichas clínicas.
4. Tabulación de datos de boletas diseñadas para el efecto.

Recursos Humanos:

1. Personal de los servicios de Cirugía y Maternidad del Hospital Nacional de San Marcos.
2. Personal de Archivo del Hospital Nacional de San Marcos.
3. Personal de biblioteca del Hospital Roosevelt y biblioteca central.

Recursos no Humanos:

1. Fichas clínicas.
2. Boletas diseñadas para la tabulación de datos.
3. Material de escritorio.
4. Material bibliográfico.

Análisis Estadístico:

Después de hacer la revisión de registros clínicos se investigaron las siguientes variables en cuadros estadísticos y tabulación de los datos: edad, estado civil, grupo étnico, lugar de procedencia, ocupación, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes obstétricos, antecedentes de importancia médica, IC de ingreso, hallazgos de examen ginecológico, datos de laboratorio, anestesia usada, días de estancia, mortalidad y condición de egreso.

DEFINICION DE INFECCION PELVICA:

Es una infección generalizada de todos los órganos pélvicos.

ETIOLOGIA:

Se distinguen tres grupos de infección pélvica a saber:

- a) Gonorréica
- b) Piógena
- c) Tuberculosa.

CLASIFICACION:

Se encuentra clasificada en dos grandes grupos:

- a) Aguda
- b) Crónica.

DESCRIPCION DE LOS DIFERENTES PROCESOS DE INFECCION PELVICA:

a) Infección pélvica aguda:

Tipo gonorreico;

Producida por Neiseria Gonorrae siendo la más

frecuente pues ocurre en alrededor del 60% de las pacientes.

En este tipo el foco infeccioso los constituye una infección de vías genitales altas, de donde parten los gérmenes hacia las trompas, peritoneo y ovarios, pudiendo ser también el foco primario una infección de glándulas vulvovaginales o de la uretra.

Pero los síntomas característicos de infección pélvica se presentan únicamente cuando hay difusión a la trompa.

a) Endometritis aguda tipo gonorréico:

Este tipo es muy raro de encontrar en el laboratorio anatomopatológico ya que el raspado y la cirugía están contraindicados en la fase aguda.

Se caracteriza macroscópicamente por: edema, inflamación e hiperemia de la mucosa. Microscópicamente se encuentra: infiltración de leucocitos polimorfonucleares e hiperemia teniendo tendencia a la resolución debido al drenaje por el conducto uterino, así como por la descamación menstrual que se produce cada mes. Es muy frecuente la reinfección.

b) Salpingitis Aguda:

Suele ser una secuela inmediata o tardía de la porción inferior del aparato genital debido a una infección gonocócica.

Como los gérmenes llegan a las trompas a través de la mucosa es ésta la que presenta el principal asiento de modificaciones encontrándose enrojecida e inflamada y produciendo un exudado de naturaleza purulenta lo que con frecuencia produce esterilidad así como peritonitis, abscesos pélvicos. Las trompas se encuentran hiperémicas, inflamadas y enrojecidas ocurriendo generalmente oclusión del orificio fibrosado por adherencias con el consiguiente piosalpinx. Lo que más frecuentemente sucede es una salpingitis crónica residual de distinto tipo.

TIPO SEPTICO O PIOGENO:

Se produce generalmente después del parto o del aborto y los gérmenes infectantes siguen un camino distinto al que sigue el gonococo. El camino seguido por los gérmenes en la infección puerperal es el siguiente: puerta de entrada situada en la parte inferior del conducto genital o cuello propagándose los gérmenes a través de las venas y linfáticos de los ligamentos anchos lo que a menudo causa: tromboflebitis, flebitis, linfangitis y perilinfangitis.

La etiología de este proceso es variado encontrándose un gran número de gérmenes que invaden el tracto vaginal, los gérmenes encontrados con mayor frecuencia son el estreptococo hemolítico y los estreptococos alfa y gamma. Siendo sus asociados en orden decreciente: el estafilococo (albus, citreus y aureus), el gonococo y los colibacilos. Entre los gérmenes anaerobios los más importantes son el clostridium oedematis y el vibrión séptico.

Pero para que este proceso se produzca interviene una serie de factores entre los que se encuentran:

- a) Ruptura prematura de membranas ovulares.
- b) Trabajo de parto prolongado.
- c) Exceso de manipulación.
- d) Hemorragias profusas y deshidratación.
- e) Atención séptica del parto, y
- f) Aborto provocado por manos empíricas.

a) Endometritis aguda:

Presenta un período de incubación que varía de algunas horas a varios días, dependiendo del germen causal. Si la infección es de tipo benigno y si se limita solo al endometrio los tejidos necróticos se expulsan alrededor de una semana. Los tejidos se encontrarán hiperémicos y edematizados.

El aspecto endometrial varía considerablemente pudiendo encontrarse en algunos casos: mucosa necrótica reblandecida, detritas abundantes y flujo maloliente abundante y sanguinolento. Esta infección puede llegar a causar la muerte por producir un shock séptico.

b) Parametritis y Salpingitis Agudas:

Propagada desde el exterior produciéndose una salpingitis intersticial casi siempre unilateral en este caso no interesa la mucosa siendo el pronóstico favorable ya que casi siempre las trompas permanecen viables, pero se pueden encontrar también ocluidas.

Estas infecciones evolucionan generalmente hacia la curación si el tratamiento antibiótico ha sido precoz y adecuado, pueden evitarse las secuelas adherenciales crónicas. Si el proceso no se resuelve favorablemente se puede producir una peritonitis.

c) Peritonitis Pélvica Aguda:

La peritonitis pélvica es una secuela frecuente de las infecciones gonorréicas o piógenas que se manifiestan generalmente por un exudado seroso o fibrinoso que produce adherencias entre los distintos órganos pélvicos o entre ellos y el intestino delgado, sigmoideo o recto, Debido a la salida de material infectado por la trompa, o lo que es más frecuente debido a la intensidad de la propia infección se producen casi siempre abscesos pelvianos. No siendo fácil distinguir entre un absceso tubo-ovárico y extratubárico; siendo más fácil el tratamiento de un absceso localizado ya que se efectúa drenaje incidiendo la pared posterior de la cúpula vaginal.

c) Abceso Pélvico:

Puede seguir a una infección pelviana, cirugía pelviana, endometritis puerperal, pudiendo localizarse en el fondo de saco de Douglas, entre las hojas del ligamento ancho o ser tuboovárico.

Casi nunca se encuentran gérmenes en el exudado al efectuarse cultivos y frotos.

B) INFECCION PELVICA CRONICA:

Puede producirse por un solo ataque de infección pélvica aguda.

a) Endometritis Crónica:

Es una lesión relativamente común y el endometrio aún en presencia de una anexitis severa se puede encontrar normal, esto es debido a la descamación mensual que ocurre pero al hacerse la endometritis crónica se acentúa cada vez más después de cada descamación menstrual, ocurriendo reinfecciones frecuentemente.

Una de las formas más comunes de endometritis crónica es la post-abortiva ya que la retención de tejidos placentarios es muy frecuente después de un parto o un aborto. La endometritis se acompaña de cierto grado de miometritis.

b) Sub-involución Uterina:

Se define como el estado en el cual la involución post-parto o post-abortiva del útero no se completa.

Microscópicamente se encuentra un aumento de tejido elástico uterino otro hallazgo característico es la neoformación de vasos sanguíneos en la luz de los ya existentes los cuales se han degenerado.

c) Salpingitis Crónica:

Se puede presentar a manera de inflamación crónica difusa o de determinadas secuelas del proceso inflamatorio que se caracteriza por una retención de exudado lo que produce distensión de la trompa.

Existe una variedad especial de salpingitis llamada salpingitis istmica nudosa, en esta el proceso de inflamación se limita solamente al istmo tubárico simulando pequeños tumores fibroides de la trompa.

d) Hidrosalpinx:

Producida por la distensión y obstrucción inflamatoria de la trompa en este momento se forma un pio salpinx y debido a que gérmenes infectantes desaparecen se produce la formación de hidrosalpinx del cual van a existir dos variedades el simple y el folicular diferenciándose porque el hidrosalpinx simple consta de una sola parte delgada y la pared del hi-

hidrosalpinx folicular se halla dividida por trabéculas.

El hidrosalpinx es el proceso final de un pio-salpinx de larga duración en el cual los elementos purulentos se han reabsorbido dejando un líquido claro.

e) Ooforitis y Perioforitis Crónicas:

Los ovarios pueden sufrir en gran parte la inflamación pélvica crónica, aunque la mayoría de veces la afección de los ovarios es secundaria a la afección de la trompa vecina, pudiendo llegar la infección a través de los folículos rotos lo que origina una ooforitis crónica o un absceso.

Posiblemente la lesión ovárica más frecuente en una infección pélvica crónica sea la periooforitis crónica cuando el ovario se encuentra normal y el tejido ovárico afectado.

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

a) Infección Pélvica Aguda:

a) Apendicitis aguda

b) Pielitis aguda

c) Quiste Ovárico Supurante

d) Infección Urinaria Aguda.

b) Infección Pélvica Crónica:

a) Embarazo ectópico

b) Endometriosis Pelviana

c) Fibrosis retroperitoneal Idiopática.

VII. SINTOMATOLOGIA:

Se puede presentar a continuación de una infección blenorragica conocida del extremo inferior del conducto genital.

Los síntomas suelen aparecer durante o inmediatamente después del período menstrual y son los siguientes: dolor intenso de la región pelviana y abdominal inferior, rigidez muscular y sensibilidad aumentada, distensión abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, leucocitosis pulso rápido y postración intensa son por lo general los síntomas habituales.

El examen pélvico puede resultar difícil, poco satisfactorio y sumamente doloroso, al hacer tacto vaginal se encontrará el útero fijo y doloroso. Cuando la fiebre y el dolor pelviano persisten y se acompaña de presión y dolor rectal indica que hay una induración creciente, fluctuación y abombamiento en la región del fondo de saco de Douglas nos indica que existe un absceso pélvico.

Tipo Post-Parto y Post-Abortivos:

Los síntomas aparecen tardíamente entre el 8

y el 12avo día del puerperio, se inicia con ascenso brusco de temperatura, taquicardia y dolor parauterino, encontrándose la paciente sumamente débil y en ocasiones en condiciones sépticas; por la palpación se comprueba un empastamiento doloroso en la fosa ilíaca correspondiente al anexo afectado y a la reacción peritoneal que provoca. Hay hiperestesia cutánea. El tacto permite percibir el polo inferior de un tumor blando, doloroso en el borde uterino correspondiente al proceso.

VIII. FORMA CRONICA:

Se puede obtener el antecedente de un padecimiento agudo, infecciones gonorréicas o de otros factores: como aborto criminal, infección puerperal o después de colocar un dispositivo intra-uterino; los síntomas se desarrollan gradualmente y consisten en: dolor el cual puede ser moderado o ligero y se describe como sensación de molestia en cuadrantes abdominales inferiores y regiones pélvicas vecinas; pero puede ser también punzante y severo siendo característico que este dolor se exacerbe antes o durante la menstruación.

La dorsalgia y molestias rectales es otro síntoma frecuente debido a la compresión que ejercen los anexos enfermos sobre el recto al cual por lo general se adhieren.

La dismenorrea es también el más común de los síntomas y puede ser tan intenso que requiera reposo en cama. Se presenta también menorragia y alteraciones del ritmo menstrual.

La esterilidad es un rasgo lamentable pudiendo ser también el único signo de una infección pélvica crónica, aunque a veces también existe leucorrea e irritabilidad vesical.

IX. METODOS DIAGNOSTICOS:

Los procedimientos empleados son los siguientes:

Urocultivo, hemocultivo, cultivo de secreción (cuando existe); hematología en la cual dos datos más importantes serán el recuento de blanco y la velocidad de sedimentación.

X. TRATAMIENTO DE LA INFECCION PELVICA:

a) Aguda:

En esta fase el tratamiento más adecuado al principio es el reposo en cama, la dieta dependerá del estado de la paciente si tolera deberá ser una dieta blanda o suave con los requerimientos calóricos necesarios pero que la asimilación de los mismos sea fácil; si la paciente no tolera, está indicado el uso de soluciones intravenosas para mantener un balance adecuado. Están también recomendados el uso de analgésicos y sedantes del tipo de aspirina, codeína y si es necesario corregir trastornos hemocirculatorios y cardíacos con analépticos y cardiotónicos. En lo referente a uso de antibióticos lo primordial será usar el adecuado para el germen causante y para es

to lo ideal será aislar el germen mediante cultivos y examen bacteriológico de secreciones focales pero esto resulta difícil ya que no se puede lograr el material sin contaminación con otros microbios.

FORMA TUBERCULOSA:

En esta forma de infección pélvica, cualquier parte de la porción genital puede estar afectada aunque la lesión inicial suele ser tubárica en el 100% de los casos. En casi todos los casos de infección tuberculosa de los órganos femeninos esta es secundaria a una tuberculosis pulmonar, aunque este foco puede estar inactivo o ser parte de una tuberculosis miliar generalizada. Siendo no obstante el foco primitivo pulmonar y la diseminación hematógena.

a) Tuberculosis de las trompas:

Según ya se ha mencionado, las trompas constituyen el asiento inicial de la tuberculosis genital constituyendo la salpingitis tuberculosa el 5% de la totalidad de los casos de salpingitis en diversas partes del mundo donde hay enfermedad y desnutrición.

El aspecto macroscópico de la salpingitis tuberculosa varía en las diferentes formas pero por lo general no es diferente del que se presenta en la forma gonorréica crónica. Se puede observar un piosalpinx y a veces un hidrosalpinx así como se pueden observar tubérculos al igual que ocurre en la cavidad peritoneal cuando va asociada a una peritonitis tuberculosa.

El aspecto macroscópico nos demuestra tubérculos y células gigantes o inflamación crónica en casos evidentes pero cuando es en fase de enfermedad temprana se encuentra una imagen proliferativa y adenomatosa la cual se puede confundir con el adenocarcinoma. En fases avanzadas es muy frecuente la caseificación.

b) Tuberculosis del Endometrio:

Es secundaria a la afección de las trompas aparecen en menos del 50% de casos de salpingitis tuberculosa, la endometritis tuberculosa se caracteriza por presencia de tubérculos característicos con células gigantes y epiteloideas localizadas exclusivamente en el endometrio.

Resultando el cultivo del material obtenido por raspado del endometrio positivo en un 75% positivo para bacilos ácido alcohol resistentes. En general la tuberculosis pélvica evoluciona como en cualquier otra parte del organismo.

c) Tuberculosis de los Ovarios:

Esta jamás se presenta en ausencia de tuberculosis de las trompas y cuando existe se trata más de una periovaritis que de una lesión aislada, desaparece cuando se extirpan las trompas infectadas.

XI. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA TUBERCULOSIS PELVIANA:

No hay nada característico ni patognomónico en la salpingitis tuberculosa aunque existen algunos parámetros para que se sospeche la existencia de este padecimiento como son:

- a) Antecedentes de tuberculosis ósea, pulmonar o miliar.
- b) Descubrimiento de lesiones y masas anexiales en mujeres vírgenes, o en quienes se pueda excluir otro tipo de infección pélvica.
- c) Cuando existen febrículas vespertinas, anemia ligera y taquicardia.
- d) Salpingitis refractarias a tratamientos médicos corrientes.

La lesión del endometrio se puede presentar aún en ausencia de lesiones tubéricas y presentarse la siguiente sintomatología: leucorrea, que puede ser acuosa y de color rosado aunque realmente siempre hay tendencia a la oligomenorrea y amenorrea.

PERITONITIS TUBERCULOSA:

Por lo regular la infección bacilar del peritoneo está asociada a una infección de las trompas. Algunos autores piensan que esta puede preceder a las lesiones genitales. Pero casi siempre la peritonitis tuberculosa se asocia a tuberculosis en la región

tubélica y se comporta como una enfermedad anexial acompañada de ascitis.

Siendo la siembra del bacilo exclusivamente en el peritoneo pelviano y trompas sin incluir el peritoneo extrapelviano, esta afección se presenta en varias formas:

a) Forma Húmeda:

Muestra muchos tubérculos que afectan toda la superficie visceral y parietal del peritoneo, siendo más intensos a nivel de la pelvis. Hay ascitis no generalizada sino distribuida en bolsas múltiples que se encuentran entre las asas intestinales y el epiploon.

b) Forma seca:

Esta es una fase tardía de peritonitis húmeda cuando todo el líquido ascítico se ha reabsorbido, caracterizada por poca ascitis y una gran induración, extensas adherencias pudiéndose observar necrosis y caseificación así como conformación de fístulas.

La peritonitis tuberculosa puede desencadenar como único síntoma distensión abdominal por el proceso ascítico o síntomas varios como fiebre alta en agujas, taquicardia, anorexia y pérdida de peso.

El hallazgo de ascitis en mujeres jóvenes sin antecedentes de molestias cardiorrespiratorias o hepáticas debe hacernos sospechar de peritonitis tuberculosa; así como cuando a la palpación se encuentra un útero fijo y presencia de masas anexiales que no

se modifican con el tratamiento de antibióticos s e debe sospechar de una tuberculosis.

XII. DIAGNOSTICO:

Según se ha demostrado muchos casos de tuberculosis pélvica son asintomáticos pero se debe sospechar el proceso cuando hay antecedentes de tuberculosis pulmonar familiar, esterilidad sin causa manifiesta, malestar general, masas anexiales en mujeres vírgenes e infección crónica refractaria no son patognomónicos pero deben hacer pensar en un proceso tuberculoso.

Cuando se sospeche la enfermedad debe efectuarse un legrado y aunque el resultado de este sea negativo no debe descartarse que existe el padecimiento, pudiendo efectuarse también hemocultivos de líquido intestinal o de líquido obtenido de cavidad endometrial.

XIII. TRATAMIENTO:

Al principio el tratamiento de esta era únicamente quirúrgico acompañado de medidas generales como reposo, aire puro y buena alimentación, siendo la mortalidad sumamente elevada. Pero con el advenimiento de la quimioterapia antituberculosa esta mortalidad se redujo considerablemente. En algunos casos se empleaban estos medicamentos en personas que deseaban poder quedar embarazadas posteriormente y que

tenían trompas permeables, pero si los síntomas aumentaban y no había respuesta al tratamiento médico es necesario el tratamiento quirúrgico.

XIV. TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Este debe evitarse en fase aguda, pero a veces debido a la hemorragia que presentan algunas pacientes esta se debe emplear acompañándose por lo regular del uso masivo de antibióticos.

COLPOTOMIA:

Esta intervención es muy importante para descubrir la presencia de un embarazo ectópico, un quiste roto de cuerpo amarillo o un absceso pélvico. En la mayor parte de casos la aspiración del fondo de saco debe preceder a la colpotomía si al proceder se obtiene sangre en proceso será un embarazo ectópico, un quiste sangrante de cuerpo amarillo o un hematoma.

Si la sangre no coagula, se incide la mucosa vaginal directamente en la línea media, por detrás del cuello empleando tijeras y se abre el fondo de saco posterior. La insición se ensancha utilizando los dos pulgares o las ramas de unas tijeras, o incidiendo el fondo de saco a cada lado.

B.

Se insertan separadores para exponer la cavidad pelviana. Si el útero está en retroflexión, con pinzas de dientes se agarra al cuerpo se tira con cuidado hacia el lado opuesto de aquel donde se sos-

pecha el embarazo tubárico con el dedo se extrae y se expone la trompa grávida. Si los anexos visibles son normales se tira con cuidado del útero en el otro lado, se desplazan los anexos hacia abajo y se observan directamente.

C.

Si una de las trompas está grávida, se colocan pinzas de Oschner que abarquen el mesosalpinx y se corta el tejido entre ellos. Se colocan pinzas adicionales algo más arriba en el mesosalpinx hasta que incluyen la rama ascendente de la arteria uterina. Luego se corta con tijeras la trompa grávida incluyendo el cuerpo uterino.

D.

Las pinzas colocadas en el mesosalpinx se sustituyen por puntos separados de catgut crómico 0 y las trompas se suturan con catgut crómico 00 colocando puntos en ocho. Si en lugar de un embarazo ectópico se encuentra una pequeña oquedad en el ovario y la hemorragia así producida ya ha cesado no hay que hacer nada. Si la hemorragia continúa a nivel de un quiste de cuerpo amarillo se colocan unos cuantos puntos de catgut quirúrgico 000 en forma de ocho para cerrar las pérdidas de sustancia pero el ovario no debe extirparse.

HISTERECTOMIA VAGINAL.

TECNICA DE HEANY MODIFICADA:

A.

Con puntos a cada lado se fijan los labios menores a la piel. El cuello queda expuesto con espéculo. Se coloca un tenáculo en él y se tira del cuello lo más posible hacia abajo. Con un escalpelo se efectúa una insición transversal en mucosa vaginal ante-

rior, lo más baja posible, lejos de la zona de inserción de la vejiga. Constituye una buena medida introducir una sonda de foley en la uretra y dirigirla hacia abajo en dirección al cuello lo más posible. La punta de la sonda que puede percibirse y verse indica donde se halla el borde de unión de la vejiga con el cuello del útero. La insición transversal en la mucosa vaginal debe efectuarse por debajo de este punto con el fin de no lesionar la vejiga.

B.

Entonces se separa la pared anterior de la vagina (con la vejiga que lleva unida); del útero, utilizando un dedo recubierto de gasa o unas tijeras. Si se encuentra el pliegue vesicouterino se corta y se introduce un separador estrecho en la cavidad peritoneal. Si no se encuentra hay que abandonar la búsqueda temporalmente e iniciar la exploración de fondo de saco posterior.

C.

Después de incidida la mucosa posterior esta se despega hacia abajo para exponer peritoneo. Se abre fondo de saco peritoneal posterior y se inserta un separador estrecho en el interior de la cavidad peritoneal.

E.

Luego se abre el pliegue interior del peritoneo y se coloca un punto de catgut crómico 00 para facilitar la localización del peritoneo después que haya sido extirpado el útero. Se agarran con una pinza hemostática los cabos. Las insiciones vaginales anterior y posterior se unen mediante una insición a cada lado del cuello; la mucosa vaginal se despega ha-

cia atrás en unos 2 cms., de cada lado.

F.

Se tira enérgicamente del útero hacia el lado derecho mediante un tenáculo. Queda así expuesto el ligamento uterosacro, lado izquierdo, que se agarra con un clamp curvo delgado. El ligamento se corta con tijeras por delante del clamp.

G.

Una vez ligado el ligamento uterosacro izquierdo se tira del útero con mayor fuerza todavía hacia el lado derecho se fija fuertemente el retractor de la vejiga y se coloca una pinza en la arteria uterina izquierda, que incluya una parte de la base del ligamento ancho. La arteria uterina y el ligamento ancho se cortan por delante de la pinza y se ligan con catgut crómico No. 1 empleando sutura de transfixión. La tracción del cuello y la separación con retractores alejan los uréteres del campo operatorio.

H.

Empleando dedos o tenáculos uno colocado encima de otro se libera el campo del útero y se hace pasar por el fondo de saco anterior o posterior. Se coloca una pinza de Oschner en la parte alta del ligamento redondo, el mesosalpinx y el ovario. En ambos lados se libera el útero mediante una insición efectuada por dentro de esta pinza. Se coloca una pinza en forma análoga en lado derecho y se corta el útero.

I.

Las pinzas son substituídas por suturas de transfixión en 8 empleando catgut quirúrgico No. 1 en cabo de cada punto se deja fijo el ligamento ancho. Se palpan los ovarios y se inspeccionan para comprobar que se hallan en estado normal. Si anexos normales se dejan en su sitio de lo contrario se extirpan. Los 2 cabos sueltos de catgut quirúrgico que mantienen levantada la parte alta del ligamento ancho se anudan. Esta ligadura se fija con una pinza.

J.

La bóveda vaginal se cierra en la siguiente forma: se pasa una sutura de catgut crómico No. 1 a través del pliegue anterior del peritoneo, manteniendo con el cabo de catgut. Se tira hacia abajo de la sutura que mantienen las partes altas del ligamento ancho para exponer el pliegue peritoneal que va de la vejiga a los ligamentos anchos.

La sutura incluye porciones de peritoneo y ligamento ancho derecho en cuyo momento se le hace atravesar el muñón tuboovárico. La sutura incluye ahora peritoneo y ligamento ancho en puntadas sucesivas e incluye asimismo los muñones de vasos uterinos y ligamento útero sacro. Hay que tener cuidado de insertar la aguja por fuera de la ligadura. Luego la sutura se hace pasar a través del borde derecho del colgajo peritoneal posterior y se hace salir en el lado derecho del fondo de saco vaginal posterior, una sutura igual se coloca del lado izquierdo.

K.

Estas suturas anudadas a su vez fijan los liga

mentos úterosacros y anchos a la bóveda vaginal asegura la peritonización y cierra la bóveda vaginal. El exceso de mucosa vaginal se extirpa.

L.

Las paredes vaginales anterior y posterior se aproximan con puntos separados o sutura continua de catgut crómico 00.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL:

A.

Los tejidos que van a extirparse al efectuar la histerectomía total quedan señalados por líneas interrumpidas, trompas y ovarios de ambos lados se respetan y quedan insitu. La extirpación incluye todo el cuerpo del útero. Se efectúan dos ligaduras en la arteria uterina una para la rama ascendente otra para la descendente. Ambas trompas, ovarios y ligamentos redondos quedan liberados del útero, la arteria uterina izquierda se corta y se liga. En la parte derecha se colocan pinzas en la rama ascendente de la arteria uterina, para efectuar tracción se utilizan pinzas colocadas en los cuerpos uterinos.

B.

Se ligan las ramas ascendentes de ambas arterias uterinas utilizando tijeras de Metzenbauna, por disección se separa la vejiga del cuello. Esto también puede lograrse por disección obtusa empleando los dedos recubiertos de gasa, pero antes de proce-

der a dicha disección se recomienda efectuar una incisión superficial transversa en la aponeurosis por encima del cuello. La vejiga también debe liberarse lateralmente en una distancia de 3 cms. aproximadamente.

C.

Se tira fuertemente del útero hacia arriba con dirección al pubis.

Utilizando un bisturí se efectúa una incisión en el peritoneo de la parte posterior del cuello, inmediatamente por encima de la inserción de los ligamentos úterosacros. Empleando bisturí o tijeras se empuja el peritoneo posterior hacia abajo separándolo del recto.

D.

En este corte esquemático se indica el método utilizado para palpar la vagina después de separarla de la vejiga y de despegar el peritoneo posterior de la parte posterior del cuello y vagina. La vejiga debe liberarse en una distancia aproximadamente de centímetros por debajo de la unión cervico vaginal.

E.

Los ligamentos uterosacros se pinzan, cortan y ligan con catgut crómico 00. Después, se efectúa una inspección cuidadosa para comprobar que la vejiga está suficientemente liberada en sus partes laterales para que queden expuestos los ligamentos cardinales.

F.

Se coloca verticalmente en el ligamento cardinal derecho, una pinza de Ochsner que incluya la rama descendente de la arteria uterina. Con un bisturí se efectuará una insición entre el cuello y el ligamento ancho, dejando por lo menos 0.5 cms. de tejido en la parte interna de la pinza. Luego se coloca una sutura quirúrgica con catgut crómico No. 1 alrededor del ligamento cardinal derecha y la rama descendente de la arteria uterina. En forma similar se pinza el ligamento cardinal izquierdo y la rama descendente de la arteria uterina se cortan y ligan con catgut crómico No. 1.

G.

Con un bisturí se efectúa una insición en la parte anterior de la vagina y se colocan pinzas en los bordes del maguito vaginal. Se tira del útero hacia arriba y se aplica un separador (no indicado en la figura) a la vejiga para asegurarse de que ésta quede fuera del alcance del bisturí. Se corta la vagina todo alrededor y se colocan pinzas en la pared vaginal posterior.

H.

Se introduce a presión un poco de gasa en la vagina, la pinza utilizada para ello se separa para no volverla a utilizar.

I.

Se coloca un punto de catgut crómico 0. a) Primero alrededor del ligamento uterosacro derecho, luego atravesando el muñón del ligamento cardinal derecho, a través de la pared vaginal posterior y la pa-

red vaginal anterior, para finalmente ligarlo. Se coloca un punto similar en la mitad izquierda estos puntos tienen gran importancia ya que el prametrio fija la vagina. Los cabos de miometrio se mantienen agarrados con pinzas para elevar la vagina.

J.

Se aproxima la mucosa vaginal con una sutura continua de catgut crómico 0, que empieza en el lado derecho. Hay que tener la seguridad de que el manguito vaginal no sangra o a medida que se van quitando las pinzas del manguito vaginal se apartan y consideran infectadas por el contenido de la vagina.

Se cortan los puntos colocados en la vagina y se lleva a cabo la peritonización.

K.

Se comienza una sutura continua con catgut crómico 00 en el peritoneo posterior y el ligamento uterosacro del lado derecho. Seguimos por el ligamento infundibulopelviano, ligamento ancho, ligamento redondo y peritoneo vesical, juntándolos todos en la parte derecha de la vagina. Una similar se coloca del lado izquierdo, si el ligamento redondo o el ligamento infundibulopelviano tienen que meterse a tracción para colocarlos a los lados de la vagina no se incluyen en la sutura.

L.

Las áreas expuestas pueden cubrirse de peritoneo utilizando puntos separados de catgut 0. El resto del peritoneo vesical se aproxima con una serie de puntos separados o una sutura continua de puntos continuos de catgut crómico 00. Una vez cerrado el abdomen se retira el tapón vaginal.

CUADRO No. 1

Grupo Etáreo	No. Casos	%
15 - 17	2	4.65
18 - 20	3	6.98
21 - 23	7	16.28
24 - 26	8	18.60
27 - 29	8	18.60
30 - 32	6	13.95
33 - 35	2	4.65
36 - 38	2	4.65
39 - 41	2	4.65
42 - 44	2	4.65
45 - 47	1	2.33
TOTALES	43	100.0%

Como podemos darnos cuenta según el cuadro presentado, los grupos de edades más afectados son los de 24 a 26 años que representan el 18.60% y los de 27 a 29 años con igual porcentaje. El promedio de edad es de 28 años. Esto se debe posiblemente a que

en la que la mujer representa mayor actividad sexual. Está reportado en la literatura internacional que la incidencia de enfermedad pélvica es más frecuente en la edad reproductiva temprana.

CUADRO No. 2

Estado Civil	No.	%
Solteras	6	13.95
Casadas	21	48.84
Unidas	16	37.21
Total	43	100 %

En cuanto al estado civil de los casos estudiados se encontró que el mayor porcentaje 48.84% está representado por mujeres casadas.

CUADRO No. 3

Grupo Etnico	No.	%
Ladinas	16	37.20
Indígenas	27	62.80

Se encontró que la mayor parte de la población estudiada es indígena que representa el 62.80% aunque este dato es muy subjetivo de la persona que hace el ingreso. Creo también que es alto el porcentaje debido a que como veremos en el cuadro No.5 de Lugar de Procedencia el municipio con más alto porcentaje es San Pedro Sacatepequez en el cual la mayor parte de la población está representada por la raza indígena.

CUADRO No. 4

OCUPACION

Oficios domésticos	42	97.67%
Maestra de Educación Primaria	1	2.33%
Total	43	100%

La ocupación de la mayoría de las pacientes era de oficios domésticos y solamente el 2.33% profesora.

CUADRO No. 5

LUGAR DE PROCEDENCIA.

MUNICIPIO	No.	%
San Pedro Sac.	12	27.90
San Marcos	5	11.63
San Cristobal Cucho	1	2.32
San Rafael Pié de la Cuesta	4	9.30
Tacanã	1	2.32
Ixchiguã	1	2.32
Tejutla	3	6.98
Comitancillo	3	6.98
San Antonio Sac.	1	2.32
Palo Gordo	3	6.98
Río Blanco	4	9.30
El Rodeo	2	4.65
El Quetzal	1	2.32
Catarina	2	4.65
Total	43	100 %

Como podemos observar en el cuadro anterior el municipio en el que se encontró mayor número de casos fue en San Pedro Sacatepéquez, esto considero que se debe a que es el municipio que está más cerca no a la cabecera departamental y las pacientes no encuentran mayores obstáculos para acudir en busca de atención médica al Hospital, además su población es numerosa como sucede con los otros lugares que están bastante retirados y por falta de recursos económicos, transporte o también por temores infundados prefieren quedarse en casa curándose con medicinas vernáculas y buscan ayuda ya cuando es imposible brindárselas.

CUADRO No. 6

Antecedentes Obstétricos.

	No. G	%	No. P	%	No. AB	%
0	1	3.85	3	11.55	13	50
1	5	19.23	4	15.38	11	42.3
2	2	7.69	4	15.38	0	0
3	7	26.92	4	15.38	2	7.7
4	1	3.85	5	19.23	0	0
5	3	11.54	1	3.85	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	1	3.85	2	7.69	0	0
8	3	11.54	0	0	0	0
9	2	7.69	1	3.85	0	0
10	1	3.85	2	7.69	0	0
	26	100	26	100	26	100

Sin antecedentes obstétricos es decir que no están reportados en las fichas clínicas hay un porcentaje bastante elevado que corresponde al 39.53% de los casos estudiados, lo cual es perjudicial y a que estos son datos creo yo muy importantes que tienen a menudo importancia decisiva para el diagnóstico y tratamiento de trastornos ginecológicos y no deberían pasar desapercibidos por el médico que efectúa el ingreso.

El número mayor de partos fué 10.

El número mayor de embarazos fué 10.

El número mayor de abortos fué 3.

CUADRO No. 7

Antecedentes Médicos de Importancia

	No.	%
DIU	0	0
Infección pélvica anterior	2	4.65
Aborto Séptico	11	25.58
Post-Parto complicado	9	20.93
Sin antecedentes médicos	21	48.83
	43	100

Está reportado en la literatura que la incidencia de casos de infección pélvica con DIU es mayor en mujeres de bajo nivel económico con condiciones higiénicas y educacionales deficientes pero en los casos estudiados no se encontró ninguna paciente con DIU.

Considero que la frecuencia de aborto séptico y post-parto complicado se debe a los mismos factores predisponentes antes mencionados. En el cuadro anterior el 25.58% de las pacientes estudiadas tenían historia de aborto séptico y el 20.93% de post-parto complicado.

CUADRO No. 8

Motivo de Consulta.

	No.	%
Fiebre	25	58.13
Hemorragia	13	30.23
Dolor	35	81.39
Leucorrea	6	13.95
Amenorrea	1	2.32

Los síntomas más frecuentes por los que consultaron fueron el dolor con un porcentaje de 81.39 y la fiebre con 58.13%, lo cual concuerda con la literatura revisada.

CUADRO No. 9

Tiempo de Evolución

	No.	%
Horas	8	18.60
Días	31	72.09
Meses	4	9.30
Total	43	100

Como vemos en este cuadro 31 de las pacientes o sea el 72.09% tenían días de evolución de su enfermedad.

CUADRO No. 10

Hallazgos de Examen Ginecológico.

	No.	%
Dolor al tacto	18	41.83
Leucorrea purulenta	3	6.98
Hemorragia	13	30.23
Utero aumentado de tamaño	1	2.33
Masa anexial izquierda	4	9.30
Masa anexial derecha	8	18.60
Masas anexiales ambos lados	3	6.98
Masa pélvica	3	6.98

Solamente a 20 pacientes se les efectuó examen ginecológico, a las 23 restantes o sea el 53.48% de las mismas no les fué practicado dicho examen., o lo más seguro es que no fué reportado en su historial clínico, por descuido lamentable del médico tratante.

CUADRO No. 11

Datos de Laboratorio.

a) Hemoglobina	No.	%
Menor de 9	8	18.60
9.1 - 10	9	20.93
10.1 - 11	6	13.95
11.1 - 12	2	4.65
12.1 - 13	2	4.65
No se efectuó	16	37.21
Total	43	100

b) Glóbulos Blancos mm ³	No.	%
5,000 - 6,000	1	2.32
6,001 - 7,000	0	0
7,001 - 8,000	0	0
8,001 - 9,000	1	2.32
9,001 - 10,000	4	9.31
10,001 - 15,000	9	20.93
15,001 - 20,000	4	9.31
20,001 - 25,000	0	0
No se efectuó	24	55.81
Total	43	100

c) Velocidad de sedimentación	No.	%
0 - 20	0	0
21 - 40	4	9.31
41 - 60	8	18.60
61 - 80	0	0
81 - 100	1	2.32
101 - 120	3	6.98
120 y más	0	0
No se efectuó	27	62.79
Total	43	100

En el cuadro a), podemos ver que los valores de hemoglobina presentados están bastante bajos es decir que el 53.48% de las pacientes estudiadas presentaban anemia, aunque este dato no es confiable ya que en un gran porcentaje (37.21%) no se efectuó este examen. El 39.55 de los casos presentaron leucocitosis.

La velocidad de sedimentación estaba elevada en todos los casos como era de esperarse.

De hecho es lamentable que un elevado porcentaje de las pacientes no presenten exámenes de laboratorio tales como Hb, Hto, Recuento de glóbulos blancos y velocidad de sedimentación, si bien es cierto que puede tratarse de que estos resultados se hallan extraviado pero nos queda la duda que probablemente a muchas pacientes definitivamente no se les efectuaron dichos exámenes y esto es lamentable ya que incide en el tratamiento de una paciente.

CUADRO No. 12

TRATAMIENTO

	No.	%
Médico	30	69.76
Médico y Quirúrgico	13	30.24
Totales	43	100

El mayor porcentaje o sea el 69.76% de las pacientes recibieron tratamiento médico. Los antibióticos que más se usaron fueron cloranfenicol y penicilina con magníficos resultados.

CUADRO No. 13

	No.	%
Apendicectomía	1	7.69
Laparatomía Exploradora	1	7.69
Salpingectomía Izquierda	1	7.69
Anexectomía Derecha	1	7.69
Drenaje de Abceso	4	30.77
Liberación de adherencias y pinzamiento de quiste ovárico	1	7.69
Anexectomía Izquierda, pomey y apendicectomía	1	7.69
Resección en cuña de ovario izquierdo	1	7.69
Legrado Instrumental Uterino	2	15.38

De los 13 casos que recibieron tratamiento quirúrgico el 30.77 fué drenaje de abscesos y el 15.38% legrado instrumental uterino.

CUADRO No. 14

Tipo de anestesia usada	No.	%
Anestesia General	11	84.62
Anestesia Local	2	15.38
Totales	13	100%

En casi todos los casos fué usada anestesia general.

CUADRO No. 15

Diagnósticos definitivos	No.	%
Endometritis post-parto y aborto	15	34.88
Anexitis	15	34.88
Abcesos Pélvicos	6	13.95
Adherencias Anexiales	1	2.33
Infección Pélvica	4	9.30
Pelvi-peritonitis	2	4.65
TOTAL	43	100

Los diagnósticos más frecuentes fueron Endometritis post-parto y aborto y anexitis. Creo que esto se debe a las técnicas higiénicas con que son atendidos los partos en casa, es decir la ausencia total de éstas en los partos atendidos en la casa de la paciente o por comadronas empíricas.

CUADRO No. 16

Tiempo de hospitalización	No.	%
0 - 4 días	11	25.58
5 - 9	19	44.18
10 - 14	7	16.28
15 - 19	3	6.98
20 - 24	2	4.65
25 - 29	0	0
30 y más	1	2.33
Total	43	100%

Por lo que vemos en el cuadro anterior el tiempo de hospitalización es relativamente corto.

CUADRO No. 17

Condición de egreso	No.	%
1. Mejorada	38	88.37
2. Malas condiciones	2	4.65
3. Moribunda	1	2.32
4. Mortalidad	2	4.65
TOTAL	43	100%

El 88.37% de las pacientes con Dx. de infección Pélvica que egresaron del hospital lo hicieron en condiciones mejoradas según consta en la historia clínica de cada una de ellas, aunque no se pudo establecer a cabalidad ya que no hubo seguimiento de casos.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a la edad la Infección Pélvica es más frecuente en la edad reproductiva temprana, tal como está reportado universalmente.
2. Como era de esperarse, un alto porcentaje de pacientes son de niveles educativos bajos y por ello desconocen las mínimas medidas higiénicas teniendo esto como resultado 1 a s situaciones fatales que ya conocemos.
3. El principal tratamiento fué médico.
4. En más del 50% de los casos no fueron efectuados exámenes de laboratorio.
5. El tiempo de hospitalización generalmente requiere de 5 a 10 días.
6. Los antibióticos que se utilizaron para el tratamiento médico fueron cloranfenicol y penicilina, obteniendo magníficos resultados.
7. La condición de egreso de la mayoría de las pacientes fué mejorada.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar campañas educacionales en mujeres de edad reproductiva temprana.
2. Mejorar los recursos de nuestros hospitales nacionales, ya que la salud es un derecho de todo ser humano y porque es a éstos a donde acude gran cantidad de gente de escasos recursos.
3. Que se efectúen seguimiento de casos a las pacientes con diagnóstico de Infección Pélvica ya que en nuestro país no tenemos datos sobre infertilidad como consecuencia de esta enfermedad.
4. Es necesario hacer conciencia sobre la incidencia de abortos sépticos en nuestro medio y sobre las consecuencias fatales que conlleva.
5. Mejorar el manejo de las fichas clínicas ya que estas son muy necesarias para brindarnos la información que algunas veces necesitamos.

BIBLIOGRAFIA

1. LOPEZ ORTIZ Etilberto Dr. y Col. "El Aborto Séptico" en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS.
2. PEREZ, RUIZ Y ZETINA, Mortalidad por Infecciones en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 29 - 1,971.
3. SCHWARZ Richard. Obstetricia. Sexta Edición.
4. WILLIAM. Obstetricia. Editores S.A. Mallorca 43
5. DR. EDMUND NOVAK, Tratado de Ginecología, Octava Edición. Editorial Interamericana S.A. 1971
6. SOTOMORA FUENTES, Arturo Felipe. Tuberculosis Pélvica, revisión de siete años. Ginecología Hospital General San Juan de Dios. Enero 1969 Enero 1976.

Br.

~~Anabela Judith Aragón Soto.~~

Anabela Aragón

Asesor.
Anibal Mejía González

Dr.

~~Revisor.~~

~~Roberto Fuentes Hernández~~

Director de Fase III

~~Guila Ericastilla.~~

Dr.

~~Secretario~~

Dr.

~~Decano.~~