

HISTERECTOMIA VAGINAL Y ABDOMINAL
EVALUACION HISTOPATOLOGICA

Revisión de 25 casos del Hospital Nacional de
Salamá Baja Verapaz

CARLOS ENRIQUE GRAJEDA ALONZO

POR EL ARTE

¡ Cuán hermosa es la muerta ! Exuberante
su desnudez sobre la losa brilla
yo la contemplo pálida y jadeante
y tiembla entre mis manos la cuchilla.

El profesor, que la ocasión bendice
de poder explicar algo muy bueno,
a mí se acerca y con placer me dice:
--Hágale usted la amputación del seno--.

Yo que siempre guardé por la belleza
fanatismo de pobre enamorado,
perdonadme --le dije con tristeza--
pero esa operación se me ha olvidado.

Se burlaron de mí los compañeros,
ganó una falta mi lección concisa,
vi en la faz del maestro surcos fieros
¡ y en la faz de la muerta una sonrisa !

Rodolfo Figueroa.

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACIONES
3. OBJETIVOS
4. HIPOTESIS
5. MATERIAL Y METODOS
6. ANTECEDENTES
7. GENERALIDADES
8. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. BIBLIOGRAFIA.

Introducción

Considerando el centro de interés que causa en nuestro país y a nivel mundial, la detección de una alta incidencia de procesos malignos, localizados en el aparato genital femenino, estudió un grupo de piezas anatómicas uterinas, producto de terectomía vaginal y abdominal, efectuadas en el Hospital Nacional de Salamá B.V. y analizadas en el Departamento Anatómopatológico del Hospital Roosevelt. Con el producto se inició una correlación retrospectiva y comparativa de los análisis, a como de los procedimientos utilizados hasta el mes de febrero de 1979, con los beneficios y recursos con los que contamos hasta la fecha.

La inquietud nació a través de la revisión que realicé en el archivo de este Centro Hospitalario Departamental, en el que la frecuencia de este procedimiento quirúrgico nos proporcionó un medio para la investigación científica y que evaluado retrospectivamente no había despertado el suficiente interés para establecer la continuidad de los casos, los cuales pudieron llevar a un punto diagnóstico de beneficio clínico y patológico. El 98% de las piezas resecadas fueron descartadas sin ningún estudio analítico.

Consciente que los actuales medios diagnósticos están a nuestro alcance, he tratado de localizar el camino que nos oriente a un procedimiento adecuado para combatir, erradicar y prevenir este variable círculo de afecciones.

La cirugía siempre ha jugado un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de aquellos procesos benignos y malignos que aparecen como foco de proliferación de estructuras anatómicas adyacentes, sin embargo hay que considerar que este no es el único recurso a nuestro alcance. Conociendo las múltiples facetas de esta patología, es necesario que la misma sea investigada, tratada y seguida por un equipo multidisciplinario de especialistas, lo cual dará la oportunidad de definir la secuencia

de tratamiento, dando como corolario una mayor sobrevivencia. El conocimiento de los aspectos histológicos cuantitativos y cualitativos nos dará la clave en la decisión a tomar, juntamente con el criterio clínico y quirúrgico, así como el complemento prematuro de los test diagnósticos o tamizaje apropiado.

Nunca debe condenarse al paciente por complacencia, a una muerte a corto plazo, cuando nos olvidamos de la enfermedad, con tal de obtener resultados estéticos óptimos. De tal suerte que quien ve al paciente por primera vez, debiera entender que gran parte de su futuro, depende del médico.

La conducta terapéutica sea la rama de la medicina que juegue, no tiene que utilizar la improvisación, la inexperiencia o bien el desconocimiento de la enfermedad. Con las múltiples facetas de la conducta médica, se observa sumariado y suscintamente, el aforismo del médico francés, que aseveró: - "n'y a pas des maladies, seulement les malades", no hay enfermedades sino enfermos. (1).

JUSTIFICACIONES

- 1.- El uso muy frecuente de diagnóstico macroscópico post-operatorio, lleva a muchos errores del mismo, por lo que se tratará de despertar el suficiente interés científico para aprovechar los recursos a nuestro alcance.
- 2.- Demostrar como el auxilio del laboratorio de Anatomía Patológica, nos ayuda a mejorar el diagnóstico y el buen seguimiento de los casos clínicos.

OBJETIVOS

- 1.- Establecer qué números de piezas analizadas nos reportan procesos malignos en el diagnóstico post-operatorio.
- 2.- Establecer el número de histerectomías e indicación más frecuente en el Hospital Nacional de Salamá.
- 3.- Dejar la inquietud científica de investigación dentro de la población médica, para que utilice los recursos histopatológicos que le lleven al diagnóstico y seguimiento - adecuado de los pacientes.
- 4.- Despertar en las autoridades de Salud Pública el interés por crear el Laboratorio Central de Patología Nacional.
- 5.- Proyectar el acercamiento de patólogos a nivel departamental.

HIPOTESIS

El mayor porcentaje de úteros histerectomizados presentan una patología asociada con procesos neoplásicos o de generativos.

MATERIAL Y METODOS

Como guía básica debemos recordar que la base científica radica en brindar explicación para los fenómenos observados y establecer principios generales que permitan predecir las relaciones entre estos y otros fenómenos. Para ellos uno de los postulados del método científico es rehusar la autoridad o sea no aceptar nunca un hecho por la simple razón que alguien lo afirma. (2)

Tomando estos postulados, se inició la descripción de lo que hoy comprende esta investigación, conjuntamente con el método inductivo deductivo; ambos fueron orientados hacia un plano retrospectivo y prospectivo para lograr una mayor cobertura.

Con base se realizó una revisión de la literatura médica-nacional y de autores extranjeros que han profundizado en el tema logrando una mayor comprensión de la misma.

El área de trabajo se centralizó en el Hospital Nacional de Salamá, B.V., específicamente en el Departamento de Cirugía de mujeres, por carecer de una sección propia de procedimientos ginecológicos y complicaciones; secundario a un factor limitante físico hospitalario.

Se revisó el libro de anotaciones quirúrgicas, utilizado a partir del 3 de junio de 1974, al último día del mes de febrero de 1979. Este período abarca el componente retrospectivo del estudio, que determinó el número e indicación para histerectomía, y la frecuencia en que se acudió al diagnóstico post-operatorio patológico.

El análisis prospectivo abarca el período comprendido del 1o. de marzo de 1979 al 29 de febrero de 1980. Durante el --

tiempo referido se efectuó una revisión del archivo clínico, con el propósito de evaluar aspectos relacionados con el grupo étnico, motivo de consulta, paridad e indicación quirúrgica. La serie de datos mencionados determinó el número de piezas resecadas que fueron analizadas para diagnóstico histopatológico, correlacionados los informes obtenidos para una adecuada tabulación, tanto de la incidencia y clasificación, como patología más frecuente. Los estudios microscópicos fueron determinados en el Departamento Anatomopatológico del Hospital Roosevelt.

Se diseñó un protocolo, que fue integrado al Historial clínico de cada paciente. El mismo agrupó ítems, utilizados en las fichas clínicas habituales, complementado con otros datos, tales como, diagnóstico pre-operatorio, post-operatorio y el resultado del análisis histopatológico. A todo paciente post-operado se le realizó seguimiento intrahospitalario, registrando las complicaciones inmediatas, medicamentos profilácticos, tiempo de hospitalización, así como dos controles extrahospitalarios, uno a los 15 días y otro al mes.

El total de los datos tabulados fueron trasladados a tablas de aplicación estadística y de esquematización, para facilitar su interpretación.

ANTECEDENTES

HISTERECTOMIA

DEFINICION: de hister-útero y el gr. ektomé, escisión. Operación de extirpar parcial o totalmente el útero por vía vaginal o abdominal. Ablación quirúrgica del útero. (3, 4).

GENERALIDADES:

La operación mayor, efectuada más corrientemente es la extirpación del útero por vía vaginal o abdominal (5). Estos dos procedimientos no deben ser competitivos, hay un lugar definido para cada uno, tienen su propia técnica, indicación y contraindicaciones (6), por lo tanto cabe valorar bastante bien la histerectomía de elección. Un informe constructivo, pero crítico de D'Esopo indica que la mayor parte de este procedimiento, practicado por especialistas están justificados, aún cuando el útero no muestre pruebas de alteración como en caso de prolapso, hemorragia recurrente, etc. (5).

De manera análoga, ante el pensamiento de ampliar las indicaciones para histerectomía, debemos conservar el equilibrio entre el arte y la ciencia, sobre todo en vista de la euforia que ha causado la disminución de la morbilidad de los procedimientos quirúrgicos en la actualidad. La técnica no puede cambiar mucho, pero si pudiera cambiar las indicaciones. Dado que entraña muerte del útero, cada procedimiento justifica discusión abierta por el personal, al igual que ocurre con cada aborto terapéutico.

Reis señala que muchos no consideran que la histerectomía brinde a las pacientes "comodidad en el futuro --- sentimiento desacostumbrado de bienestar y mayor capacidad para ser tratadas con hormonas", como afirman los partidarios. Incluso algunos de estos últimos aceptan que pueden ocurrir se-

cuelas emocionales y, en consecuencia, debe hacerse elección - meticolosa y explicar estas posibilidades a todas las mujeres. (7).

HISTERECTOMIA VAGINAL

La histerectomía vaginal, es un procedimiento quirúrgico- utilizado hace muchos años --- la primera se remonta, según reportes a 1507 por Berengario de Bolonia (8) --- sin embargo, en los últimos años este procedimiento ha gozado de gran popularidad, debido a sus mínimas molestias post-operatorias y raras complicaciones, constituyendo así un método rápido y seguro, cuando su indicación es correcta. (9).

Convencidos de que cada vez es más aceptada la vía vaginal para las histerectomías, no debemos señalar ventajas de la - vía vaginal sobre la abdominal y viceversa, porque consideramos que ninguna es mejor que la otra. A este respecto dice Thonson, El éxito dentro del tratamiento de la enfermedad ginecológica - depende del conocimiento completo de la fisiología y patología de los órganos de la reproducción y de las manifestaciones clínicas de la enfermedad pélvica. (10).

Laman A. Gray de la Universidad de Lousville, señala algunas de las ventajas de la Histerectomía vaginal:

1. El no dejar cicatriz visible.
2. La menor frecuencia de adherencias.
3. Rápida recuperación
4. Menor morbilidad grave

A éstas agregamos las comentadas por Copenhaver de la - Clínica Lahey:

5. Se practica en menor tiempo
6. Hay menor pérdida de sangre
7. Tiene menor mortalidad operatoria. (11).

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL

De acuerdo con diversos autores, el criterio de indicación operatoria engloba los siguientes grupos:

- A. Prolapso uterino de 2o., y 3er. y 4o. grados (o proce - dencia) generalmente acompañados de la presencia de cistocelos, rectocelos y desgarres perineales antiguos - (prolapso combinado). (6,10).
- B. Padecimientos BENIGNOS del útero de importancia - tal que por sí solos ameritan extirpación, asociados o - no a prolapso vaginal:
 1. Dismenorrea Incontrolable (6)
 2. Fibromatosis (6,11)
 3. Subinvolución Uterina (6)
 4. Procedimiento de Esterilización (6)
 5. Piometra (6,11)
 6. Hemorragia Uterina (6)
 7. Irregularidades Menstruales (6)
 8. Otras: (Displasias Severas, Piometras, etc.) (11).
- C. Padecimientos MALIGNOS de matriz, susceptibles de - extirpación, asociados o no a prolapso vaginal:
 - A. Carcinoma "in situ" del cérvix (grado "O" situación que no hace necesaria la linfadenectomía, siendo -- más fácil la resección del manguete vaginal y tejido parametrial, con menos posibilidad de lesionar los -- ureteros. (6, 10, 12).

(*) B. Carcinoma cuello uterino período I (Operación de Schauta-Amreich).

(**) C. Carcinoma cuello uterino período II temprano. (En estos casos también se utiliza la técnica de Schauta-Amreich, en casos no muy avanzados y en los cuales las biopsias preoperatorias no comprueban invasión carcinomatosa de vasos linfáticos o sanguíneos. Si en el estudio histológico postoperatorio se descubren estos signos, deberá practicarse linfadenectomía intra o extraperitoneal bilateral en una segunda intervención). (10, 12)

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS PARA LA HISTERECTOMIA VAGINAL.

1. Masas anexiales fijas y altas dentro de la pelvis
2. Endometriosis pélvica
3. Proceso inflamatorio anexial
4. Ligamentos fijos
5. Operaciones previas. Es relativa la contraindicación, pero en casos de pexias uterinas la disección se dificulta enormemente y es ciega además.
6. Tumores benignos grandes de matriz
7. Tumores ováricos. (10)

(*) (**) La mayoría de autores prefieren la vía abdominal para estos estadios, a la operación de Schauta-Amreich. (10) Sin embargo el Dr. Ernst Navratil, de la clínica Universitaria de Graz, Graz, Austria, apoya este procedimiento. (12)

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

La evolución histórica de la ablación uterina abdominal ha sido interesantísima en las tres centurias últimas; quizá haya comenzado por la afirmación de Cavallini en 1768 de que: "después de pensar debidamente las cosas, no dudo que el útero no es indispensable para la vida, pero que pueda extraerse del cuerpo humano con impunidad sólo podrá precisarse con una serie ulterior de experimentos de esta clase que, quizá, pueda obtener una generación más afortunada". (7)

En los últimos años se ha discutido mucho sobre la procedencia de la histerectomía total o subtotal. Actualmente es indudable la preferencia a una operación total, como profilaxis contra el cáncer del muñón del cervical, leucorrea persistente (5) y otras histológicamente benignas. La histerectomía simple-subtotal es procedimiento incompleto que debe ir seguido en término de 5-12 meses de traquelectomía vaginal (7). En muchos casos la histerectomía subtotal preliminar, con eliminación de un tumor miomatoso voluminoso o grandes masas anexiales mejorará la exposición y facilitará la eliminación del cuello. (5)

La histerectomía subtotal se ha descartado universalmente, ya que deja el cervix, que con frecuencia puede ser asiento de infecciones o tumoraciones malignas, lo que exige vigilancia durante toda la vida. La única excepción son aquellos casos en los que no es posible llevar a cabo la extirpación del cervix, por razones técnicas o por no permitir la condición del paciente (13). En los tempranos días de la ginecología, tuvo mortalidad tal vez del 50%, ahora no mayor de 1-3% (4).

VENTAJAS DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

1. Da un soporte adecuado a la cúpula vaginal. (*)
2. Es más fácil y más segura de realizar en los casos de procesos inflamatorios con infiltración del piso pélvico. (*)

3. Permite una buena reestructuración de la fascia endo - pélvica. (*)
4. Hace un rechazamiento limitado de la vejiga. (*)
5. La toma de los ligamentos úterosacros y cardinales, es por dentro de la fascia y lejos del uretero. (*)
6. La extirpación del útero descarta el peligro de peritonitis que sigue a la dehiscencia de la incisión uterina. (**)
7. La peritonitis resultante de propagación linfática se impide al extraer el útero infectado. (**)
8. Se descarta la posibilidad de drenaje inadecuado, degeneración y complicaciones posteriores de tumores uterinos presentes al efectuar la operación. (**)

(*) Ventaja de la técnica subfascial sobre la clasificada o extrafascial. (14)

(**) Ventajas de la histerectomía cesárea. (7)

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL (*) -

(**)

1. Fibromatosis Uterina. (14)
2. Carcinoma Uterino en período I IIa. (7)
3. Prolapso Uterino (con operaciones pélvicas previas o infecciones anexas que provocan adherencias y fijan el útero. (13)
4. Hemorragia disfuncional. (13)
5. Hematoma Post-conización. (13)
6. T.B. genital. (14)
7. Ruptura Uterina. (7, 15)
8. Atonía Uterina. (7, 15)
9. Placenta Accreta descubierta al efectuar operación cesárea. (7, 15)
10. Apoplejía de Couvalaire. (7, 15).

11. Sépsis Intraparto Fulminante y no susceptible de dominarse por recurso médico. (7)
12. Extensión de incisión uterina: (***) (7)

- a.- Transversalmente hacia la arteria uterina
- b.- Longitudinalmente hacia cuello y vagina.

(*) Gineco-obstétricas.

(**) No es una proyección de indicaciones únicas, sino algunas de las más frecuentes.

(***) Ambas con hemorragia resultante que no puede cohibirse por sutura.

INDICACION MAS FRECUENTE DE HISTERECTOMIAS
EN EL ESTUDIO RETROSPECTIVO. (junio 1974 a febre-
ro 1979). ****

INDICACION	Via	Casos	%	Diagnós- tico His- tológico
Prolapso uterino G.III-IV	Vaginal	10	37	No hubo
Prolapso uterino G.IV más corrección de recto-cisto.	Vaginal	8	30	"
Metrorragia	Abdominal	1	4	"
Fibromatosis Uterina	Abdominal	7	26	"
Cuerpo Extraño	Abdominal	1	4	"
TOTAL:		27	100	"

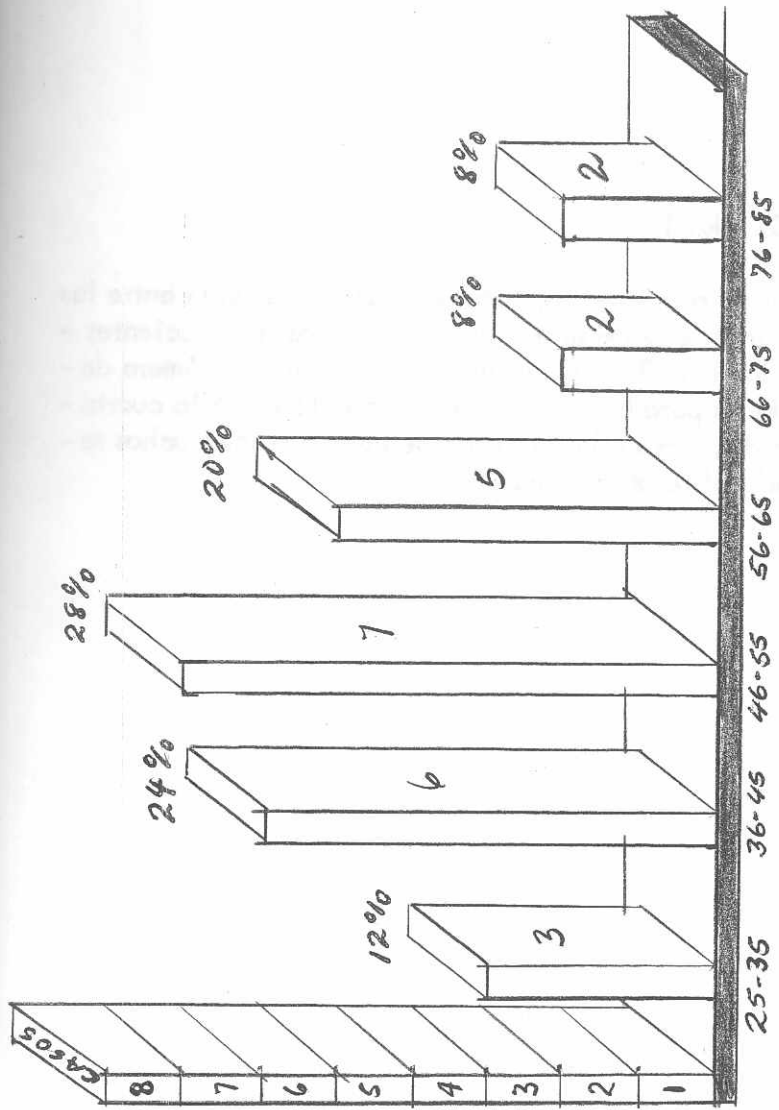
CUADRO No. 1

CUADRO No. 1

En el estudio retrospectivo que comprende el período del 3 de junio de 1974 al 28 de febrero de 1979, se realizaron un total de 27 histerectomías; 18 casos se resolvieron por la vía vaginal y 9 casos por la vía abdominal.

El 37% de las histerectomías vaginales fueron para prolapso uterino grados III-IV y un 30% de grado IV más corrección de recto-cistocele. La vía abdominal hizo un total de 33.3%, los cuales distribuidos nos aportan la evaluación porcentil, así: 26% para 7 casos de fibromatosis uterina, 4% para un caso de metrorragia y 4% para 1 caso de cuerpo extraño pélvico.

Durante este tiempo no se anotó en el libro de procedimientos quirúrgicos ningún diagnóstico post-operatorio y, solo una pieza quirúrgica fue enviada para estudio histopatológico, cuyo resultado se desconoce.-

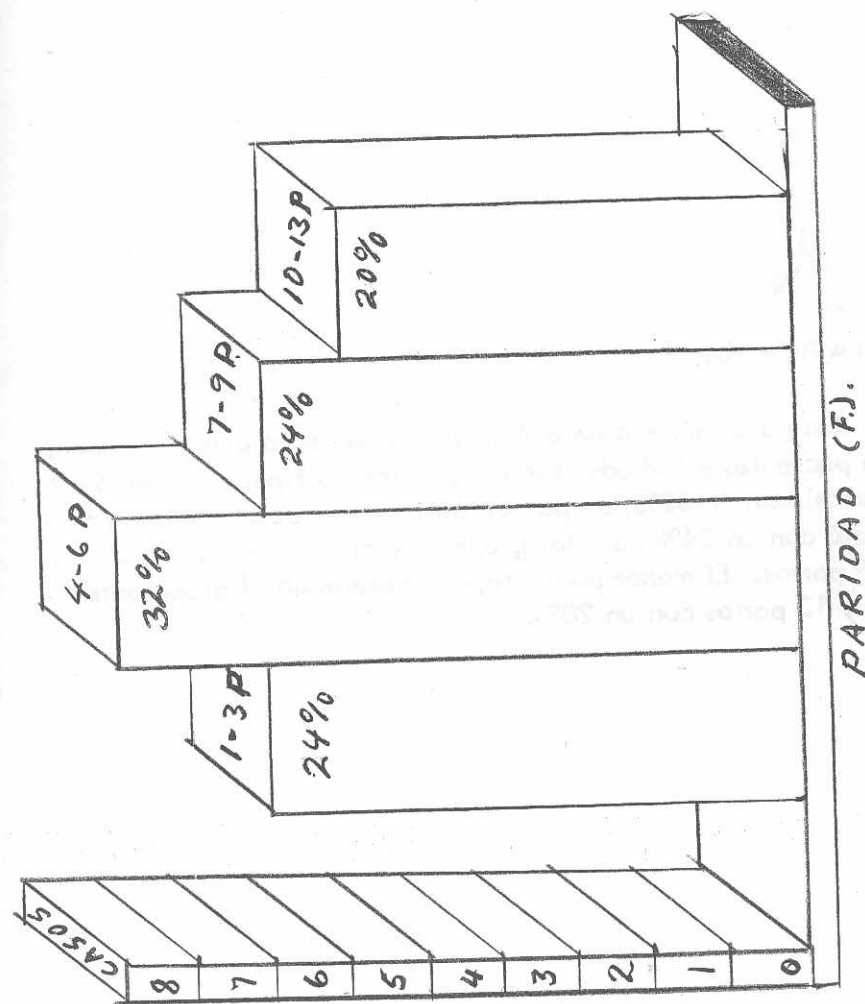


GRUPO Etáreo

GRÁFICA Nº 1

GRAFICA No. 1

Del total de pacientes evaluadas, el 28% oscilaron entre los 46 y 55 años, el 24% entre los 36 y 45 años, dos pacientes - eran menores de 30 años, es decir, que el mayor número de indicaciones para histerectomía se presentó entre la cuarta y quinta décadas de la vida, lo que confirma los muchos reportes de la literatura mundial. (17)



PARIDAD (F).

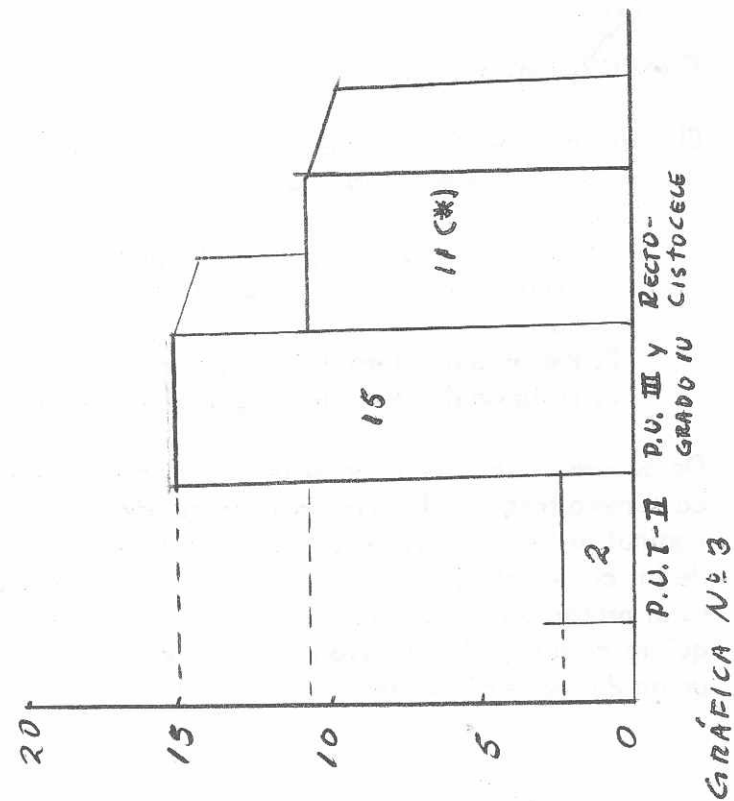
MÁS DE 13 P.

GRÁFICA No 2.

GRAFICA No. 2

En cuanto al número de embarazos, se observó que la mayoría de pacientes estudiadas fueron grandes multíparas (entre 4 y 6 partos) con un 32%; un porcentaje inferior pero elevado coincidió con un 24% para los grupos constituidos entre 1 a 3 y 7 a 9 partos. El menor porcentaje lo determinó el grupo entre - 10 y 13 partos con un 20%.

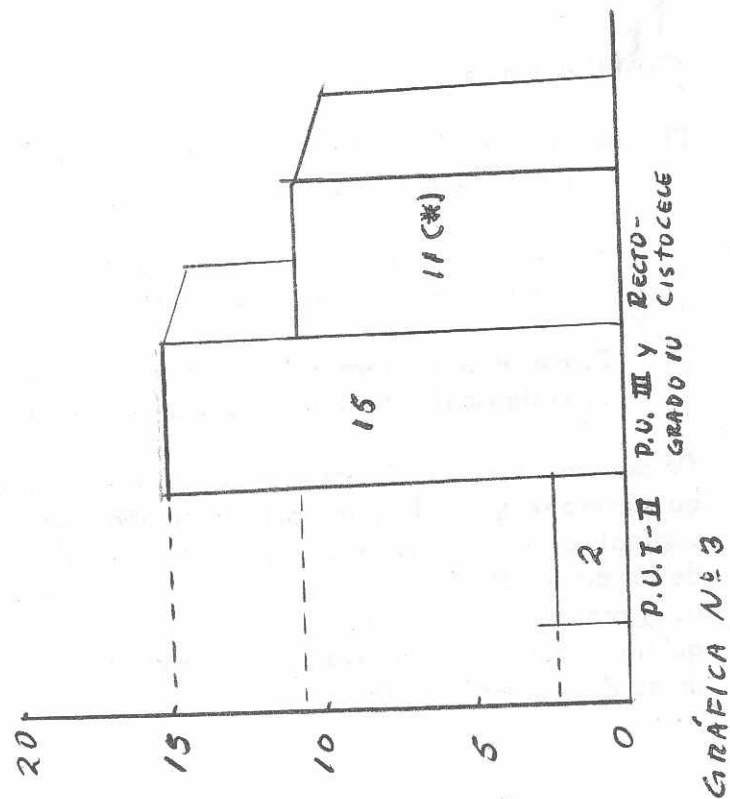
1. Histerectomía Vaginal por prolapso
Uterino (P.U.)
CASOS (*) 2 INCIDENCIA DE RECTO-CISTOCÉLE EN P.U.



GRAFICA No. 2

En cuanto al número de embarazos, se observó que la mayoría de pacientes estudiadas fueron grandes multíparas (entre 4 y 6 partos) con un 32%; un porcentaje inferior pero elevado coincidió con un 24% para los grupos constituidos entre 1 a 3 y 7 a 9 partos. El menor porcentaje lo determinó el grupo entre 10 y 13 partos con un 20%.

1. Histerectomía Vaginal por prolapso Uterino (P.U.)
CASOS (*) 2 INCIDENCIA DE RECTO-CISTOCELE EN P.U.

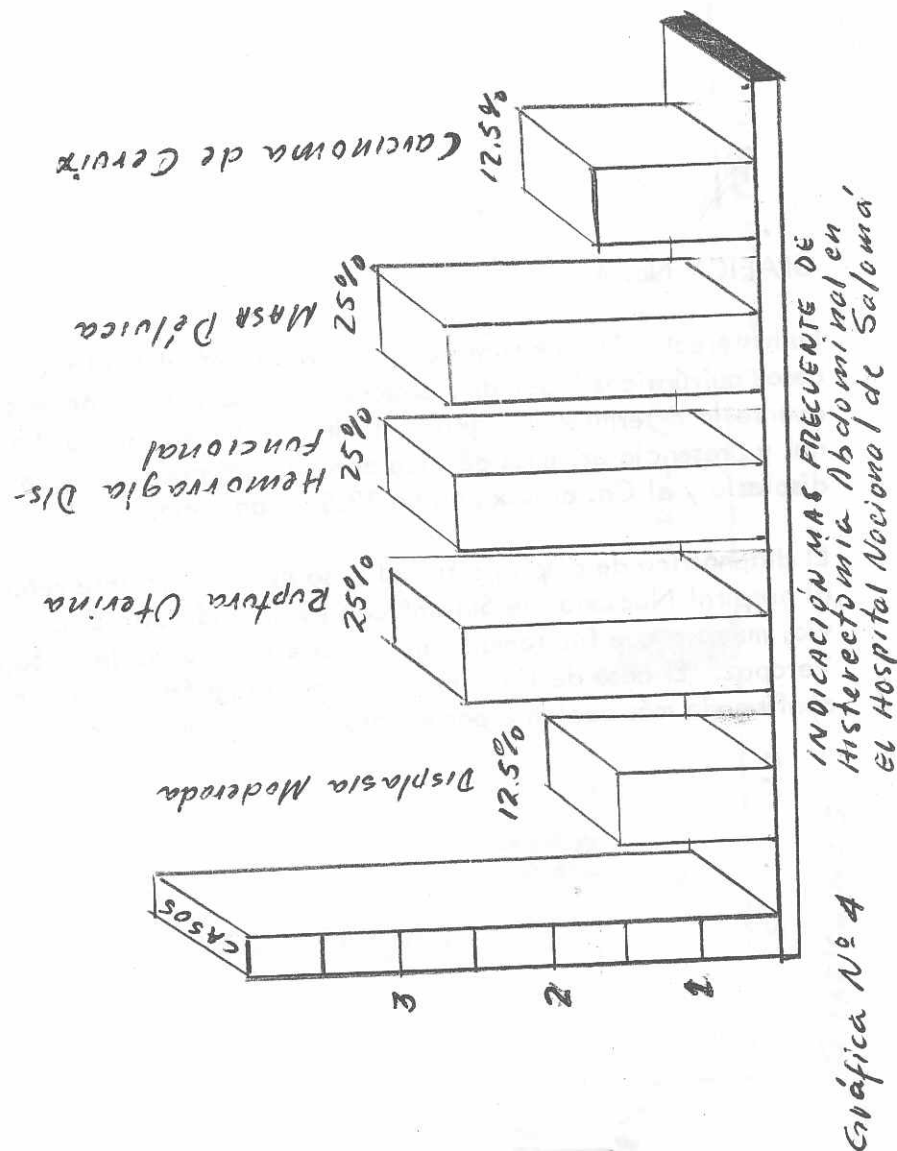


GRAFICA No. 3

El criterio de muchos autores (7) y (17), dividen a las indicaciones de la histerectomía vaginal en:

1. Padecimientos benignos o malignos del útero, que ameriten extirpación, asociados o no a prolapso vaginal.
2. Prolapso de útero de I-II grados.
3. Prolapso de útero de III grados y procidencia total.

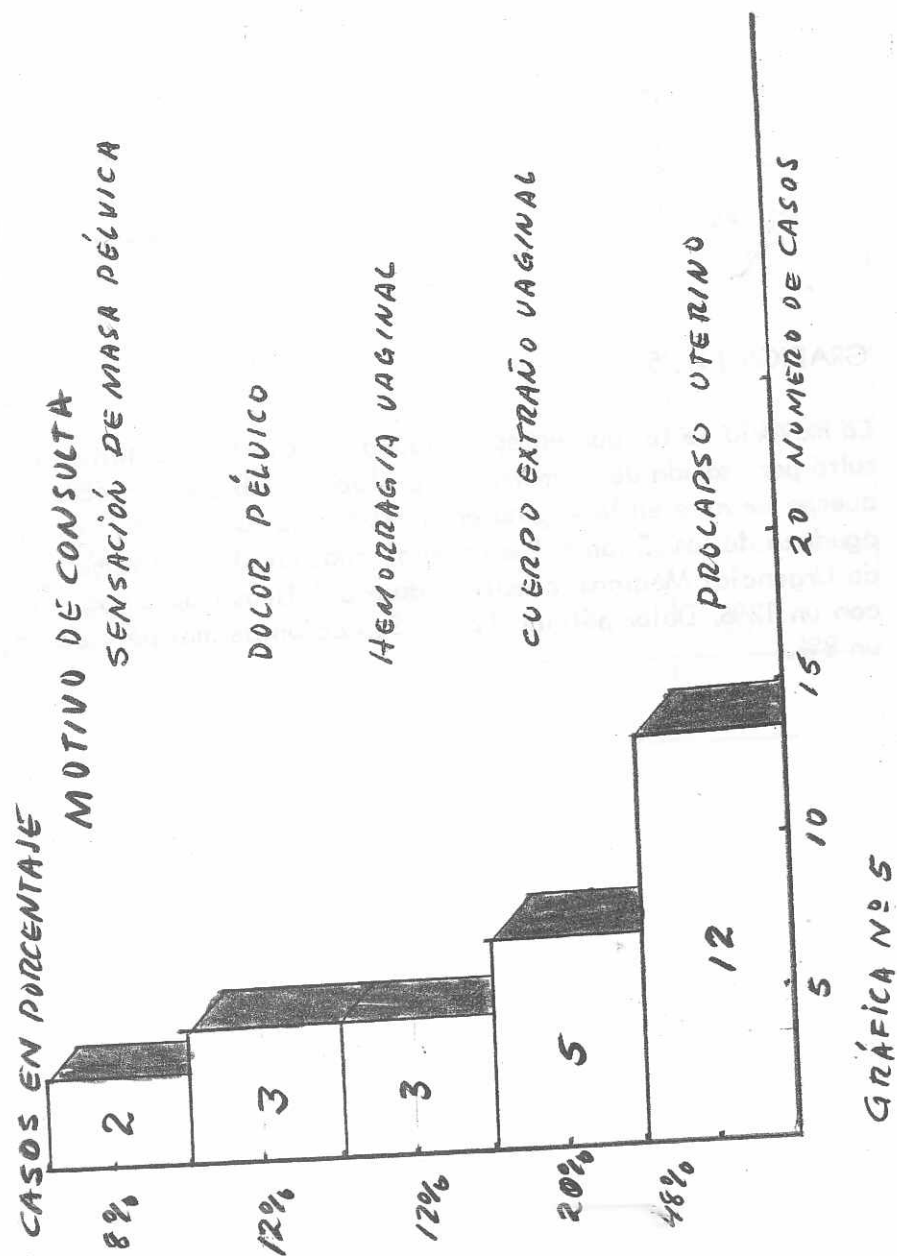
De acuerdo a la versión anterior podrá observarse en la gráfica número tres, que la principal indicación para histerectomía vaginal lo fue el prolapso uterino, con un total de 17 casos, - de los cuales el 88% fueron para el grado III-IV y un 12% para el prolapso uterino grado I-II. El prolapso uterino en cualquiera de sus grados, estuvo acompañado de un 64% por algún grado de recto-cistocele.



GRAFICA No. 4

La histerectomía abdominal constituyó un 32% del total de procesos quirúrgicos (vaginal y abdominal). La indicación más frecuente la determinó la ruptura uterina, la hemorragia disfuncional y presencia de masa pélvica con un 25% cada situación; la displasia y el Ca. cervix con un 12.5% cada uno.

El diagnóstico de displasia fue el caso de una paciente referida al hospital Nacional de Salamá con evaluación citológica previa, muestra que fue tomada en un Puesto de Salud de la Baja - Verapaz. El caso de Ca. Cérvix fue por diagnóstico clínico, - confirmado más adelante por el informe anatomopatológico.



GRÁFICA Nº 5

GRAFICA No. 5

La mayoría de las pacientes evaluadas en Consulta Externa consultó por "salida de la matriz" o prolapso visible en un 48%, - cuerpo extraño en la vagina en un 20%. Los otros casos por la agudeza de los síntomas fueron evaluados en el Departamento - de Urgencias Médicas, clasificándose así: Hemorragia vaginal - con un 12%, Dolor pélvico 12% y Sensación de más pélvica con un 8%.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	CASOS	%
Histerectomía Vaginal	6	24
Histerectomía Vaginal más Corrección de Recto-cisto cele.	11	44
Histerectomía Abdominal - Total más Apendicectomía- Profiláctica.	3	12
Histerectomía Abdominal - Total	5	20
TOTAL:	25	100

CUADRO No. 2

CUADRO No. 2

El procedimiento quirúrgico que se practicó con más frecuencia lo constituyó la histerectomía vaginal, con un 68% del total de histerectomías (vaginal y abdominal).

La histerectomía abdominal total representó un total de 32%. Para esta vía el 12% se asoció a apendicectomía profiláctica.

CUADRO No. 3

INFORMES HISTOPATOLOGICOS REPORTADOS POR EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

Número	Diagnóstico histopatológico.
1.	Leiomioma submucoso intracavitario. Endometrio proliferativo. Cervicitis crónica.
2.	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasivo. Endometrio sin patología reconocible. MIOMETRIO: fibrosis y calcificación de la media de las arterias.
3.	Cervix presenta pequeña erosión. CERVIX: cervicitis crónica con quistes de naboth. Metaplasia escamosa del endocervix. Endometrio con degeneración quística post. menopáusica.
4.	CERVIX: cervicitis crónica con quistes de naboth. ENDOMETRIO: proliferativo con ligera degeneración quística.
5.	Leiomioma intramural. Endometrio proliferativo con moderada degeneración quística post. menopáusica. Cervicitis crónica con metaplasia escamosa del endocervix.
6.	Endometrio basal. Adenomiosis. Cervicitis crónica con quistes de naboth. Trompa de falopio: parcialmente atrófica. Hidátide de morgagni.

(Continuación Cuadro No. 3)

Número	Diagnóstico histopatológico.
7.	Cervicitis crónica y endometrio basal.
8.	Endometrio proliferativo. Epidermización del exocervix. Metaplasia escamosa del endocervix.
9.	Cervix: cervicitis crónica con quistes de naboth y metaplasia escamosa del endocervix. Endometrio proliferativo. Adenomiosis superficial.
10.	Cervix: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasivo, ulcerado y necrótico. Endometrio proliferativo. Trompas de falopio: salpingitis crónica. Ovarios: cuerpos albicans.
11.	Cervix: cervicitis crónica con quistes de naboth. - Metaplasia escamosa del endocervix. Endometrio con diferenciación quística post-menopáusica.
12.	Cervix: cervicitis crónica con quistes de naboth. - Metaplasia escamosa endocervix. Endometrio con degeneración quística. Adenomiosis superficial.
13.	Cervix: cervicitis crónica. Endometrio con degeneración quística post-menopáusica.
14.	Cervix: cervicitis crónica con quiste de naboth. Endometrio de tipo secretor. Adenomiosis superficial. Ovario izq. (ooforectomía iz.) con cuerpo amarillo hemorrágico y folículos quístico.

(Continuación Cuadro No. 3)

Número	Diagnóstico histopatológico.
15	INFORME PAPANICOLAU PRE-Op.: displasia moderada. DX.POST-OP. DE PATOLOGIA: Carcinoma epidermoide del cervix, moderadamente diferenciado, invasivo. Endometrio secretor sin patología reconocible.
16	Cervix: cervicitis crónica con epidermización del exocervix y metaplasia escamosa del endocervix. Endometrio basal.
17	Cervix: cervicitis crónica con quistes de naboth. - Endometrio tipo secretor.
18	Cervix: cervicitis crónica con quistes de naboth. - Polipo endocervical. Endometrio Proliferativo.

CUADRO No. 3

En el cuadro número 3, se observa los informes recibidos por el Departamento de Patología del Hospital Roosevelt. Se tabularon 18 de los 19 casos enviados para estudio (uno no fue reportado por el laboratorio, Causa desconocida).

Durante el mes de marzo de 1979, fecha en que se inició el estudio prospectivo, ya se habían realizado tres procedimientos, de los cuales no se enviaron las piezas quirúrgicas. En el mes de enero del presente año (1980) por razones que desconocemos, sean éstas olvido o negligencia, no se refirieron las piezas reseçadas, producto de histerectomías vaginales.

GRAFICA No. 6

La gráfica número seis, nos muestra la frecuencia y porcentaje de la patología encontrada en cada pieza analizada, las cuales se reportaron así:

- (*) 1. Cervicitis crónica ---- 14 casos que hacen un 78 %
- (*) 2. Tumores malignos ---- 3 casos que hacen un 17 %
- (*) 3. Tumores benignos ---- 2 casos que hacen un 11 %
- (*) 4. Metaplasias ---- 7 casos que hacen un 39 %

Del total de operaciones realizadas a solo una paciente se le había realizado citología exfoliativa previa. (Ver gráfica número 4).

- (*) Las situaciones patológicas reportadas fueron 26, que corresponden a 18 piezas analizadas, de las 19 enviadas para estudio. Esta proporción es mayor que el número de casos estudiados porque hubo piezas que presentaron más de una afección.

CATETERISMO VESICAL TRANS. Y POST-OP.	CASOS	%
Micción espontánea	17	68
Cateterismo una vez	3	12
Cateterismo dos veces	3	12
Inserción de Sonda Foley Trans-operatoria	2	8
TOTAL	25	100

CUADRO No. 4

CUADRO No. 4

De las pacientes operadas, en solo dos casos egresaron de sala de operaciones con sonda Foley, tal es el caso de las pacientes con ruptura uterina, esto hizo un 8%. Del total de pacientes el 68% tuvo micción espontánea entre 6 y 8 horas post-operadas, el 12% se cateterizó una vez, en igual proporción un 12% se cateterizó por dos veces.

COMPLICACIONES TRANS. Y POST-OPERATORIAS	No. Casos	Porcentaje
<u>GENITOURINARIAS</u>		
1. Infección	8	32
2. Retención	6	24
3. Lesión	2	8
<u>GASTROINTESTINALES</u>		
1. Ileo		
2. Obstrucción		
3. Lesión		
<u>OTROS</u>		
1. Hemorragia Vaginal		
2. Inf. de Cúpula	1	4
3. Hipotensión por Anestesia	7	28
4. Hipotensión por hemorragia Int.	1	4
5. Pelviperitonitis		
6. Tromboflebitis		
7. Cefalea Post-Op.	8	32
8. Dehiscencia de Cúpula	2	8
9. Fístula vesicovag. Post-op.	1	4

CUADRO No. 5

CUADRO No. 5

El cuadro No. 5 representa los porcentajes de las complicaciones Trans y Post-operatorias sufridas en los casos de histerectomías, indiferentemente de la vía tomada, vaginal o abdominal.

GENITOURINARIAS:

El 32% representó a la infección urinaria, 24% retención urinaria por atonía vesical, dentro del mismo sistema hubo dos casos de yatrogenia una vesical y otra por laceración de ureter, las cuales representan un 8% del total de casos.

OTROS SISTEMAS:

En otros sistemas la complicación más frecuente la constituyó - la cefalea post-operatoria con un 32%, hipotensión secundaria a inducción anestésica con 28%. A nivel del área operatoria - hubo 4% de infección de cúpula vaginal, dehiscencia de la cúpula 8%, fístula vesico-vaginal 4%.

En el Trans-operatorio 4% correspondió a un caso de shock hipovolémico en una paciente que ingresó por ruptura uterina traumática, se practicó cesárea-histerectomía.

DIAS DE HOSPITALIZACION POST-OPERATORIO.

HOSPITALIZACION	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 5 días	1	4
Entre 6 y 10 días	16	64
Entre 14 y 20 días	6	24
Más de 20 días	2	8
TOTAL	25	100

CUADRO No. 6

CUADRO No. 6

El tiempo de hospitalización en el post-operatorio fue variable, determinado por complicaciones o estado nutricional de las pacientes. El 64% del total necesió un número entre 6 y 10 días, el 24% entre 14 y 20 y tan solo un 8% más de 20 - - días. Un 4% mínimo necesió menos de cinco días.-

CONCLUSIONES

1. El 100% de las pacientes del estudio retrospectivo (junio 1974 a febrero 1979) sometidas a histerectomía no tuvo estudio citológico previo, ni estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica resecada.
2. En el estudio prospectivo, el 96% de las pacientes operadas no tuvo evaluación citológica cervical u otro procedimiento pre-operatorio.
3. El 32% de las pacientes histerectomizadas presentó antecedentes de 4 a 6 partos.
4. La histerectomía vaginal fue la indicación más frecuente entre pacientes de 46 a 55 años.
5. El 88% de los casos de prolapso uterino fueron grado III - IV, acompañado de un 65% de algún grado de recto-cistocele.
6. Al 8% de las pacientes operadas de urgencia se les realizó cesárea-histerectomía, siendo la causa más frecuente la ruptura uterina.
7. La indicación más frecuente de histerectomía abdominal fue la Ruptura Uterina, Hemorragia Disfuncional y masa pélvica, con un 25% cada una.
8. Las indicaciones menores según porcentaje, fue la Displasia Cervical moderada (por evaluación citológica previa) con un 12.5% y Ca. de Cervix (por diagnóstico macroscópico) con 12.5%.

9. El 48% de las pacientes consultaron por prolapso uterino visible, y un 20% por cuerpo extraño vaginal.
10. El procedimiento quirúrgico de más incidencia fue la Histerectomía Vaginal, con un 68%. El 48% correspondió a Histerectomía Vaginal más corrección de recto-cistocele y un 24% sin ninguna corrección.
11. La vía abdominal fue tomada en un 32%. Según indicación un 20% para Histerectomía Abdominal Total, y a un 12% se le realizó apendicectomía profiláctica.
12. Los informes anatomopatológicos reportados constituyeron un 72% del total de piezas resecadas.
13. La patología mayormente reportada fue la Cervicitis Crónica con un 78%, asociada frecuentemente a otros procesos degenerativos celulares.
14. La incidencia de casos de tumores malignos fue de 17% - seguido de un 11% de casos de tumores benignos.
15. Los casos de metaplasia reportados por el Departamento de Histopatología fue de un 39%.
16. El 68% de las pacientes sometidas a histerectomía tuvo micción espontánea durante el post-operatorio inmediato, incluyendo los casos en los cuales además de la histerectomía se les practicó corrección de recto-cistocele y/o apendicectomía profiláctica.
17. La ruptura vesical y laceración de ureter se observó como la causa más frecuente de complicaciones trans-operatorias en un 8%.

18. La complicación post-operatoria más común fue la infección urinaria en un 32%, seguida de un 32% de cefalea, - 28% de hipotensión secundaria a la inducción anestésica.
19. El tiempo de hospitalización post-operatorio representó un 64% de casos entre 6 y 10 días.
20. La hipótesis propuesta fue descartada, pues la patología asociada es predominantemente de procesos inflamatorios reversibles.
21. No se justifica que un médico departamental no utilice los medios diagnósticos; por cuanto dispone de sistemas de comunicación y locomoción para consulta y diagnóstico de los casos problema, aunque atrase el procedimiento, salvo los casos de urgencia.
22. Debe obligadamente hacerse un diagnóstico post-operatorio, para un buen seguimiento clínico y por las implicaciones legales que cualquier procedimiento representa.

RECOMENDACIONES

1. Que la citología esfoliativa sea un procedimiento rutinario en toda paciente expuesta a una histerectomía u otros procedimientos gineco-obstétricos.
2. Que toda pieza quirúrgica resecada sea evaluada por el Laboratorio de Anatomía Patológica.
3. Utilizar en todo Hospital Departamental los medios diagnósticos para detectar tempranamente los procesos ginecológicos que puedan degenerar a malignidad.
4. Que los médicos departamentales no se conformen con diagnósticos macroscópicos, sino que busquen los recursos diagnósticos que otorga el Ministerio de Salud Pública.
5. Que los médicos departamentales inviten constantemente a médicos especialistas, para evaluar las innovaciones en los procedimientos diagnósticos.
6. Crear el Laboratorio Central de Patología Departamental, que permita acelerar y canalizar las evaluaciones anatómopatológicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Castro Federico. ONCOLOGIA CLINICA. Traducción de American Cancer Society. U. S. A.
2. Villee Claude A. BIOLOGICA. Cap. I. Sexta Edición.
3. Salvat Editores, S.A. DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS. Pág. 499. Edición 1974.
4. Wharton Lawrence R. GYNECOLOGY WITH A SECTION ON FEMALE UROLOGY. Chapter XL. Pág. 561. Ph.B., M.D. 1943.
5. Seegar Jones Georgeana. TRATADO DE GINECOLOGIA. Pág. 107-8 9a. Edición.
6. Hassid Roger. INDICATIONS AND CONTRAINDICATION FOR VAGINAL HYSTERECTOMY. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol 106 Pág. 12. Diciembre - 1975.
7. Hickal Abe Dr. HISTERECTOMIA CESAREA. Clínicas - Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 640-3, 631. Septiembre 1969.
8. Castellanos Gutiérrez Julio. CATETERISMO VESICAL - EN HISTERECTOMIA VAGINAL. Tesis de Graduación - Fac. de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. - Guatemala abril 1978.
9. Lash A. VAGINAL HYSTERECTOMY. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol IV. No. 1 March 1961.

10. Aguirre Francisco. INDICACIONES Y CRITERIOS DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 25 No. 148. Pág. 133-4, 136. Febrero-1969.
11. Siller Sánchez Carlos Dr. HISTERECTOMIA ABDOMINAL VS. HISTERECTOMIA VAGINAL. Ginecología y Obstetricia de México, Vol 25 No. 149. Págs. 223-4. Marzo - de 1969.
12. Mattingly Richard. CIRUGIA PELVICA RADICAL. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 677. Septiembre-1965.
13. Aznar Ramón. ERRORES DE MANEJO HISTERECTOMIA - ABDOMINAL. Ginecología y Obstetricia de México. -- Vol. 32 No. 1. Págs. 59-60, 65-66. 1972.
14. Nava Sánchez Roberto Dr. MORBIMORTALIDAD EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 34 No. 4. Págs. 339 y 352. 1973.
15. Porres Rodas Ana Silvia. HISTERECTOMIA OBSTETRICA - EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. REVISION DE 16 años - (1962-1977). Tesis de graduación Fac. de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Guatemala julio 1978.

Br.

Carlos Enrique Grajeda Alonzo

Asesor.

Julio Luis Pozuelos Villavicencio.

Dr.

Revisor.

Dr. Luis Rolando Torres

Director de Fase III

Hector Nuila Ericastilla.

Dr.

Secretario

Dr. Raúl Castillo Rodas

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.