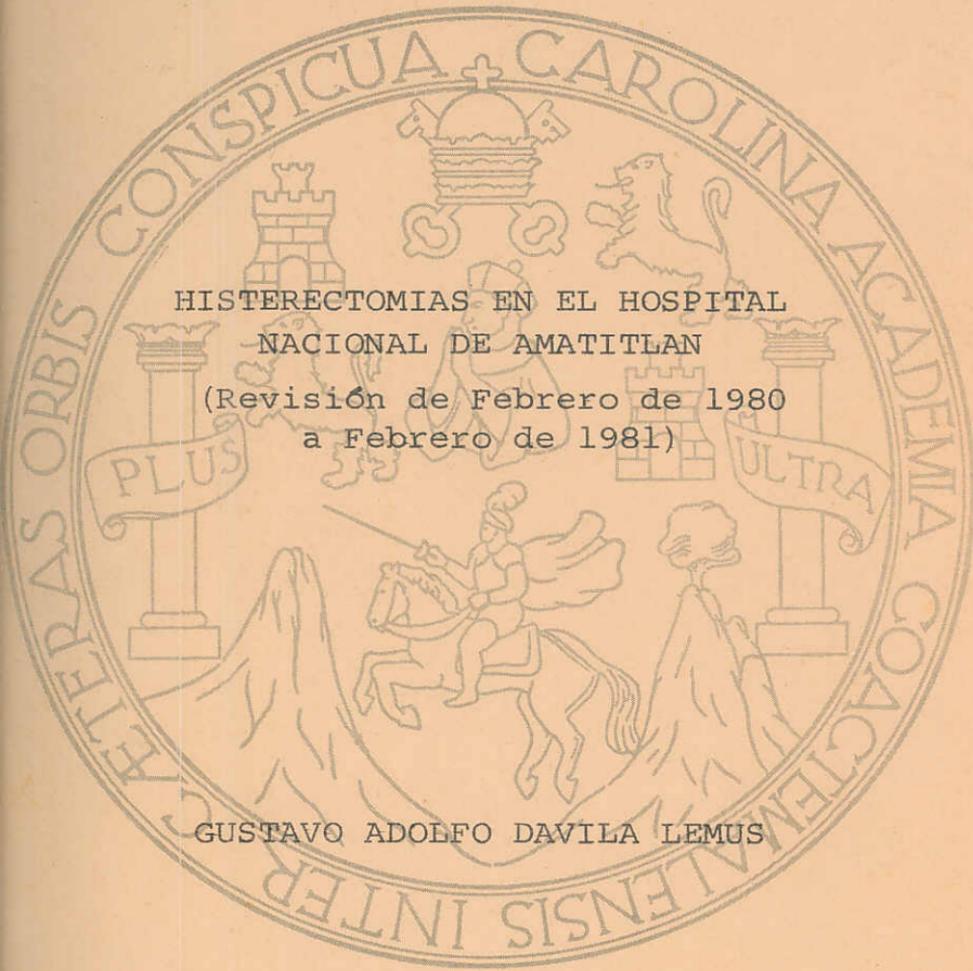


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield, standing between two mountains. Above the knight is a crown with a cross on top, flanked by two lions. The entire scene is enclosed within a circular border containing the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA + CAROLINA ACADEMIA COACTIVAVIT INTER".

HISTERECTOMIAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE AMATITLAN

(Revisión de Febrero de 1980
a Febrero de 1981)

GUSTAVO ADOLFO DAVILA LEMUS

C O N T E N I D O

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS GENERALES	2
III. ANTECEDENTES	3
IV. CONSIDERACIONES GENERALES	7
V. MATERIAL Y METODO	12
VI. ANALISIS DE RESULTADOS	14
VII. CONCLUSIONES	23
VIII. RECOMENDACIONES	25
IX. BIBLIOGRAFIA	27

I. INTRODUCCION

Desde finales del siglo pasado, época en que se efectuó en Guatemala la primera histerectomía, en el departamento de Quetzaltenango, se ha considerado como una de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas más delicadas, pues en la antigüedad conllevaba un alto riesgo de morbi-mortalidad.

Afortunadamente, con el correr de los tiempos se han venido añadiendo observaciones y modificaciones que logran el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, y por ende el pronóstico mediano y a largo plazo de las pacientes sometidas a dicho procedimiento.

Es mi inquietud revisar las histerectomías vaginales y abdominales efectuadas en el Hospital Nacional de Amatitlán durante el período de la fundación del departamento de Ginecología en Febrero de 1980 a Febrero de 1981, para efectuar un juicio crítico acerca de las indicaciones, vía de acceso, complicaciones y factores que pueden modificarla.

Deseo poner de manifiesto con este trabajo los éxitos terapéuticos obtenidos en el Departamento de Ginecología del Hospital Nacional de Amatitlán desde su fundación, hasta Febrero de 1981, a pesar de los recursos de que adolece, y que equipararon los resultados satisfactorios con los de otros centros nacionales y extranjeros.

II. OBJETIVOS GENERALES

- a. Establecer las edades, paridad y días de hospitalización de las pacientes que se les practicó la histerectomía.
- b. Determinar las causas que determinaron clínicamente la indicación de la histerectomía.
- c. Correlacionar el diagnóstico pre y postoperatorio.
- d. Establecer el tipo de histerectomía utilizado con más frecuencia dependiendo del diagnóstico.
- e. Conocer la morbimortalidad del grupo estudiado.
- f. Establecer las complicaciones postoperatorias en el manejo de la sonda vesical.
- g. Equiparar los resultados con estudios nacionales y extranjeros.

III. ANTECEDENTES

1 Lainez Aquino Luis Eduardo "Histerectomías"

Revisión de dos años en el Hospital Militar Central

Tesis de Graduación Marzo de 1980.

El Dr. Lainez en su estudio concluyó que las edades más frecuentes en que se practicó histerectomía en las pacientes fue de 30 y 49 años de edad, sesenta y nueve pacientes tuvieron entre una y seis gestas; y setenta y siete pacientes tuvieron entre uno y seis partos.

Los diagnósticos pre-operatorios fueron: - fibromatosis uterina en 46 y 47 casos lo que representaba un 34 y 33% respectivamente, prolapso uterino en 28 casos 21%, y rectocele en 23 casos.

La correlación entre los diagnósticos de anatomía patológica y los pre y postoperatorios es buena. La mayoría de las pacientes en un 90% estuvieron hospitalizadas entre seis y quince días.

El procedimiento quirúrgico más empleado fue el de histerectomía abdominal total.

La morbilidad fue de 40 casos; siendo la complicación más frecuente la infección urinaria y le siguió infección de la herida operatoria.

La mortalidad fue 0.

2. Amirikia, Hassain

10 años de revisión de histerectomías.

Am. Journal de ginecología y Obstetricia. Vol. 134 pág. 431-7 junio 79.

Este es un estudio publicado en el Hospital Hutzel, Detroit, Michigan USA, donde se analizan edad, paridad, raza, tiempo de hospitalización, indicaciones, patología descubierta y morbimortalidad durante los años de 1965 a 1974, habiendo encontrado un total de 6,431 casos, de los cuales el 90% eran pacientes privados.

El 67% fueron realizados por vía abdominal y las indicaciones más frecuentes fueron adenomiosis y endometriosis en el 77% de los casos, mientras que las enfermedades malignas solo se hicieron presentes en el 9%. La cesarea histerecto ocupó el 1% de los casos.

El 1% de los casos era menor de 20 años y el 70% estaban comprendidos entre los 30 y 50 años de edad.

Los días de estancia hospitalaria variaron de 4 a 34 días, con un promedio de 11 días.

Las complicaciones sucedieron en un 38% de los pacientes siendo los más frecuentes infección de la herida operatoria, hemorragia postoperatoria y transfusiones. Las lesiones del tracto urinario y digestivo hicieron un total de 0.59%.

Hubo un total de 17 defunciones (0.3%) de los cuales 10 no eran previsibles como las rupturas de aneurismas cerebrales. Embolia pulmonar, septicemia, peritonitis y neumonitis fueron los otros casos de muerte.

3. Rocha Cortez, Fidel

La histerectomía en el hospital del F.C.P. en Empalme, Sonora.

Ginec. Obstet. Méx. Vol. 41- Año XXXII, -- Núm. 243, Enero 1977.

Se revisa la estadística del servicio de gineco-obstetricia del hospital del ferrocarril del pacífico en Empalme, Sonora, en relación a las histerectomías en los dos últimos años. Se presentaron 50 casos de histerectomía vaginal y 26 abdominal, se analizan parámetros comparativos con otros autores como edades, paridad, sintomatología más frecuente y datos relacionados con el tratamiento y sus complicaciones. Se encuentran índices muy altos de multiparidad a edades tempranas y ello motiva trastornos de la estática pélvica y sus consecuencias. Los buenos resultados del postoperatorio, fue en relación a una buena selec-

ción y manejo del preoperatorio de la paciente en la consulta externa, se señala también la conveniencia de la práctica ineludible de la citología cervicovaginal en el preoperatorio como un complemento del estudio del paciente.

IV. CONSIDERACIONES GENERALES

Notas Históricas:

En Guatemala, la operación histerectomía fue efectuada en Quetzaltenango por primera vez a finales del siglo pasado (XIX), en el año de 1894 el 17 de Mayo por el Dr. Don Juan Ignacio Toledo, a la señora María Antonieta Tax, originaria de el Departamento de Totonicapán, con el Dx. preoperatorio de Fibromiomas uterina, lo cual causaba a la paciente retención urinaria aguda que fue su motivo de consulta. Fue estrenado en esa oportunidad el equipo quirúrgico ginecológico de la casa Collin, traído de París, la anestesia usada fue el Cloroformo, y la vía de el abordaje fue abdominal, obteniendo óptimos resultados.

Langenbeck, en el año de 1813, fue el primer cirujano que efectúa la histerectomía por la vía vaginal.

En el año de 1850-85, estos tipos de operaciones eran practicados por cirujanos expertos y hábiles, y sus indicaciones precisas eran: la de carcinoma de el cervix y prolapso uterino.

En la década de 1960-70 en numerosas revisiones, internacionales citan índices de mortalidad de 0.1% y de 10 a 40% de morbilidad.

Definición de Histerectomía:

De Hister-útero y el gr. Ektomé, escisión. Operación de extirpar el útero por vía vaginal ó abdominal. Ablación quirúrgica del útero. (8)

Tipos de Histerectomía:

Le llamamos histerectomía Total a la cual durante el acto operatorio se reseca el útero y el cuello del mismo, y se llama sub-total a la cual no se le reseca el cuello y una variable cantidad de el cervix supravaginal.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Enfermedades inherentes en el útero

propiamente dicho.

FIBROMIOMAS: Siendo absoluta cuando estos tumores producen dolor intenso, hemorragia, crecen rápidamente o adquieren tal volumen que pueden ejercer presión sobre las estructuras vecinas, lo cual significa que el útero deja de ser un órgano pélvico para convertirse en abdominal. La miomectomía está indicada cuando la paciente es menor de 40 años de edad y no tener familia.

ADENOMIOMAS UTERINOS.

PADECIMIENTOS PREMALIGNOS DEL CUELLO Y CUERPO: Carcinoma in Situ del cuello en una paciente de más de 40 años que ya ha tenido familia o en presencia de carcinoma invasor del cuerpo, etapa I, grado I, o sarcoma del útero. Adenocarcinoma del cuello si no es posible histerectomía de Wertheim.

ENFERMEDADES UTERINAS RARAS: Infección por equinococo y en la enfermedad de Hodgkin.

Enfermedades de los anexos

Carcinoma del ovario o incluso el colon.

Procesos traumáticos del útero

1. Rotura obstétrica del útero.
2. Hemorragia incontrolable en el puerperio.
3. En algunos casos de desprendimiento prematuro de la placenta que no responden al tratamiento.
4. El trauma grave del útero. (aunque puede ser reparado)

Hemorragia uterina anormal

Hemorragia uterina disfuncional.

Esterilización

Con más frecuencia se oye que la histerectomía es el mejor método de esterilización.

CONTRAINDICACIONES PARA EL ACCESO VAGINAL.

1. Si existe cualquier sugestión respecto a la enfermedad maligna.
2. Si existe cualquier proceso patológico en la pelvis o abdomen que requiere valoración cuidadosa o incluso tratamiento en el momento de la histerectomía.
3. Si el útero es demasiado grande para extracción por vía vaginal.
4. "Si el ángulo subpúbico es estrecho" (3)
5. La cirugía previa, sobre todo si ha tenido relación con íleo, peritonitis, como contraindicación absoluta de la vía vaginal. - (3)

INDICACIONES PARA HISTERECTOMIA VAGINAL.

Indicaciones absolutas

Prolapso uterovaginal asociado con enfermedad uterina benigna cuando el volumen del útero no es mayor al correspondiente a un embarazo de 12 semanas.

Indicaciones deseables

1. prolapso uterovaginal asociado con enteroceles.
2. Prolapso uterovaginal con útero atrófico.
3. Prolapso uterovaginal en paciente nulípara de edad avanzada.
4. Después de fracaso de la operación de Fothergill. - -

Indicaciones discutibles

Prolapso uterovaginal sin patología uterina.

Enfermedad uterina sin prolapso aparente. - Hay que tomar en cuenta que la mayoría de mujeres multiparas tienen suficiente laxitud en la bóveda para permitir la histerectomía. (5)

V. MATERIAL Y METODOS

a. Material:

Se revisaron los casos de las pacientes a quienes se efectuó histerectomía tanto vaginal como abdominal en el Hospital Nacional de Amatlán, durante el periodo de Febrero 1980 a Febrero 1981.

b. Método:

1. Revisión retrospectiva de los libros de sala de operaciones y del departamento de ginecología del Hospital Nacional de Amatlán.

2. Anotación de nombres y registros médicos de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía.

3. Revisión de historias clínicas de pacientes ya detectadas.

4. Clasificación y tabulación de datos según los parámetros establecidos previamente.

c. Recursos:

Humanos

1. Personal del archivo.
2. Médicos asesor y revisor del estudio.
3. Médico infieri que realizó el estudio.

No humanos:

1. Archivo del Hospital Nacional de Amatlán.
2. Historias clínicas de los pacientes estudiados.
3. Revisión bibliográfica de diferentes tesis y artículos que se refieran al tema.
4. Papelería de elaboración del trabajo.

CUADRO No. 2

Clasificación de pacientes según grupo etario.

EDAD	Nº de Casos
Menos de 20 años	0
21 - 30 años	2
31 - 40 años	4
41 - 50 años	10
51 - 60 años	19
61 - 70 años	18
Más de 70 años	7
T O T A L	60

Del material estadístico se seleccionó el grupo de pacientes que se registraron en el Hospital de Amatlán y se efectuó la histerectomía durante el periodo de estudio que el grupo etario más afectado es de 41 - 50 años (ver cuadros).

VI ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Vía de abordaje.

Vía	No.	Porcentaje
Vaginal	64	80
Abdominal	16	20
T O T A L	80	100%

CUADRO No. 2

Clasificación de pacientes según grupo etareo.

EDAD	No. de Casos	Porcentaje
Menos de 20 años	0	0
21 - 30 años	2	2.5
31 - 40 años	9	11.25
41 - 50 años	26	32.50
51 - 60 años	19	23.75
61 - 70 años	18	22.50
más de 70 años	6	7.50
T O T A L	80	100.00 %

Del material estudiado se encontró que se realizaron 64 histerectomías Vaginales y 16 abdominales para un total de 80. Se observa que el grupo etareo más afectado es de 41 - 50 años (ver cuadros-

1 y 2). Esta diferencia explicable por los distintas patologías que en relación a la edad indica el procedimiento quirúrgico para cada una de las vías, siendo más frecuente encontrar problemas tumorales, inflamación pélvica ó de sangrados uterinos en edades cuando la función endocrina y reproductiva de la mujer es activo aún, ameritando tratamiento por la vía abdominal, en cambio en edades más avanzadas predominan las alteraciones de la estática pélvica como fuente de patol quirúrgica cuyo tratamiento debe ser por la vía vaginal.

CUADRO No. 3

Días de Hospitalización

DIAS	No.	Porcentaje
0 - 15	1	1.25
16 - 30	25	31.25
31 - 45	29	36.25
46 - 60	16	20.00
61 - 75	5	6.25
76 ó más	4	5.00

Puede observarse en este cuadro (No. 3) - que la estancia hospitalaria en promedio fue de 16 a 45 días, explicable esto por el hecho de que en su mayoría los pacientes son migratorios y no solo del municipio de Amatitlán, - pues en la consulta externa no puede mejorarse las condiciones pre-operatorias de la pa--

ciente; realizándose éste con la paciente ya hospitalizada.

CUADRO No. 4

No. gestaciones	Histerectomía Abdominal		Histerectomía Vaginal	
	No. casos	%	No. Casos	%
0	1	6.25	0	0
1 - 4	3	18.75	10	15.62
5 - 7	7	43.75	15	23.43
8 - 10	3	18.75	19	29.68
11 - 15	2	12.50	18	28.12
16 - 20	0	0	2	3.12

CUADRO No. 5

No. partos	Histerectomía Abdominal		Histerectomía Vaginal	
	No. casos	%	No. Casos	%
0	1	6.25	1	1.56
1 - 4	4	25.00	12	18.75
5 - 7	6	37.50	20	31.25
8 - 10	4	25.00	19	29.68
11 - 15	1	6.25	11	17.18
16 - 20	0	0	1	1.56

Se refleja el hecho de que en la población tratada existe un predominio por la gran mul-

tiparidad, haciéndose notar cómo la curva de gestas y la paridad forma una meseta entre los 5 y 15 partos, con una mayor frecuencia entre 8 y 10. (Cuadro 4 y 5)

Hay que tomar como factores coadyuvantes las atenciones del parto domiciliarias, en ocasiones por parteras y otras sin ellas, -- con índices altos de morbilidad que no pueden ser cuantificadas por el bajo nivel de cultura Médica en nuestro medio. (11)

En el cuadro No. 6 se muestran los distintos diagnósticos preoperatorios: en primer lugar el prolapso uterino asociado a cistorectocele e incontinencia urinaria en la histerectomía vaginal y fibromatosis uterina y carcinoma para la vía abdominal. Es necesario hacer notar el hecho de que no a todas las pacientes se pudo obtener el resultado de anatomía patológica, para tener una ayuda diagnóstica.

CUADRO No. 6

Diagnósticos Pre-operatorios

DIAGNOSTICOS	HISTERECTOMIA abdominal		HISTERECTOMIA Vaginal	
	No.Casos	%	No.Casos	%
Prolapso uterino cistorectocele	63	98.43	1	6.25
Cistorectocele e incontinencia -- urinaria	1	1.56	-	-
Fibromatosis ute rina	-	-	7	43.75
Carcinoma in Situ de cervix	-	-	4	25.00
Metrorragias del climaterio más - leiomatosis	-	-	1	6.25
Metrorragias	-	-	1	6.25
Hiperplasia ade- nomatosa	-	-	1	6.25
Carcinoma invasi vo escamoso epi- dermoide	-	-	1	6.25

CUADRO No. 7

Resultado de anatomía patológica

INFORME	No.CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis cróni- ca glandular con metaplasia escamo sa	23	28.75
Cervicitis cróni- ca glandular	20	25.00
Leiomiomas intra- murales con cervi citis crónica	7	8.75
Inflamación cróni ca y fibrosis	7	8.75
Hiperqueratosis	3	3.75
Adenocarcinoma in Situ	2	2.50
Carcinoma in Situ residual	1	1.25
Hiperplasia endo- metrial	1	1.25
Utero atrófico	1	1.25
Displasia moderada	1	1.25
Normal	1	1.25
NO informe	12	15.00

Como se observa en el cuadro No. 7 se especifica el informe dado por patología, de éstos es marcado que la cervicitis crónica glandular predomina y aún asociado con tal diagnóstico se encuentran algunos otros. La leiomiomatosis uterina intramural y la fibrosis le siguen en frecuencia y luego el adenocarcinoma in Situ y carcinoma in Situ residual. Esto nos pone de manifiesto que las enfermedades neoplásicas no ocupan un lugar preponderante en nuestro medio. No se pudo obtener el resultado de 12 pacientes.

CUADRO No. 8

Morbilidad post-operatoria

COMPLICACION	HISTERECTOMIA	HISTERECTOMIA
	Abdominal	Vaginal
Absceso de cúpula vaginal	4	-
Infección urinaria	4	-
Fístula uretrovaginal	1	-
Enteritis	1	-
Herida operatoria-infectada	3	3

La morbilidad observada en el grupo en estudio como puede apreciarse en el cuadro No.

8 fue de un total de 13 (16.25%) pacientes para la vía vaginal y 3 (3.75%) para la vía abdominal, enunciándose parámetros como absceso de cúpula vaginal, infección urinaria, herida operatoria infectada y una lesión uretral en el operatorio.

Hubo un solo caso de defunción que equivale a un 1.25%, ésta por embolia pulmonar en el transoperatorio; representado en el cuadro No. 9.

CUADRO No. 9

Mortalidad

CAUSA	No. Casos	%
Embolia pulmonar	1	1.25

CUADRO No. 10

Complicaciones post-operatorias en el manejo de la sonda Vecical

COMPLICACION	No. Casos
Retención urinaria	11
Reinstalación de sonda	11
Obstrucción de la sonda	1

La retención urinaria en el 5o. día - cuando se retira la sonda vecical según el - criterio de manejo del servicio, se presentó en el 13.75% de los casos (11 pacientes) lo- que implicó, por supuesto, una reinstalación de la sonda por períodos de 24 ó 48 horas ó- más. Hubo otras complicaciones menores, tal como la obstrucción de la sonda, imputable - esto más que nada a inexperiencia del perso- nal en el manejo de estas pacientes.

Como puede observarse en el cuadro -- No. 11 los antibióticos se utilizaron en el- 92.50%. Utilizándose la ampicilina y el gan- trisin como profiláctico de problemas urina- rios en los casos de manejo vecical.

CUADRO No. 11

Uso de antibióticos profilácticos

ANTIBIOTICO	No. Casos
Ampicilina	42
Gantrisin	25
Penicilina Cloranfenicol	7
No se usaron	6

VII CONCLUSIONES

- a. Las edades más frecuentes en las que se - practicó la histerectomía en el Hospital- Nacional de Amatitlán oscilaron entre 41- y 70 años siendo su máxima incidencia en- el grupo de 41 a 50 años.
- b. Hay una relación directa entre mayor núme- ro de gestas y partos en las pacientes a- quienes se les practicó histerectomía va- ginal.
- c. Las pacientes permanecieron hospitaliza-- das entre 31 y 45 días como promedio.
- d. Los diagnósticos más frecuentes fueron: - Prolapso uterino para el 98.43% por la -- vía vaginal, y fibromatosis uterina 43.75 %, carcinoma in Situ de cervix 25.00% pa- ra la vía abdominal.
- e. La correlación entre los diagnósticos de- anatomía patológica y los pre y postopera- torios es buena.
- f. La histerectomía vaginal predominó debido a la marcada incidencia de prolapso uteri- no.
- g. El absceso de la cúpula vaginal y la in-- fección urinaria fueron la causa de morbi- lidad más frecuente.

- h. La mortalidad fue de 1.25%.
- i. La retención urinaria fue la complicación más frecuente en las complicaciones en el manejo de la sonda vesical.
- j. Las comparaciones de Morbimortalidad -- con la literatura nacional y mundial, -- demuestra que es satisfactoria.

VIII RECOMENDACIONES

Al Hospital Nacional de Amatlán:

- a. Anotar adecuadamente el nombre y número - de registro clínico de la paciente en el libro de el Departamento de Ginecología.
- b. Exigir a los estudiantes externos los récords operatorios, y la anotación de cuando se retira la sonda vesical.
- c. Tratar de hacer un archivo exclusivo para el Departamento de Ginecología para su mejor movilización.
- d. Insistir con el personal paramédico en la buena preparación de las pacientes en el preoperatorio.

IX BIBLIOGRAFIA

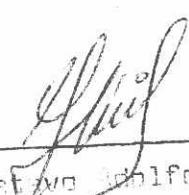
1. Amirikia, Hassain et. al. 10 años de revisión de hysterectomías. Am. Journal de gine. y obst. Vol. 134, pp 431 St. Louis Missouri 1979.
2. Burchell, R.C. Pensando en la decisión - de hysterectomía. Am. Journal gine. y -- obst. Vol. 127 (2) 113-7. Junio 1977.
3. Cohen. Joel Lugar de la hysterectomía abdominal. Clin. obst. y gine. 5 (3) 545 - 56. Diciembre de 1978.
4. Cole P. et. al. Hysterectomía electiva.- Am. Journal obst. y gine. 129 (2) 117-23. Septiembre 1977.
5. Ferose R.M. Hysterectomía vaginal y reparaciones. Clin. obst. y gine. 5 (3) 545-56 Diciembre 1978.
6. Gálvez Calderón, Carlos Arturo. Histerectomía Vaginal. Revisión de 2 años en el Hospital de Escuintla. Tesis de Grada--ción Julio 1980.
7. Girón Borrayo, Juan Domingo. Prolapso --uterino en el Hospital de Mazatenango. Tesis de Graduación Julio 1980.
8. Grajeda Alonzo, Carlos Enrique. Histerectomía vaginal y abdominal evaluación His--topatológica. Tesis de Graduación 1980.

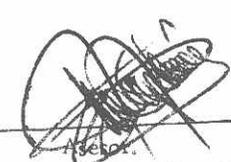
9. Lainez Aquino, Luis Eduardo. Histerec-
tomías en el Hospital Militar Central.-
Tesis de Graduación 1980.

10. Marquez Velásquez, Oscar. Prolapso ute-
rino. Tesis de Graduación 1979.

11. Rocha Cortez, Fidel y col. La Histerec-
tomía en el Hospital del F.C.P. en Em-
palme Sonora. Gine. y Obst. de México-
Vol. 41 año XXXII No. 243 pp 43-9 Enero
1977.

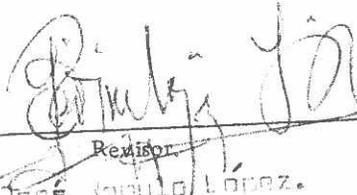
Br.

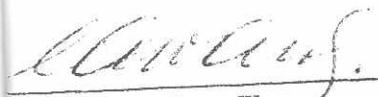

Gustavo Adolfo Cévila Lemus


Asesor.
Asesor William Reyes Aravalo.

Dr.

Revisor


José Antonio López.


Director de Fase III

Carlos A. Waldheim C.

Dr.

Secretario


Dr. Raúl Castillo Rodas

Dr.

Decano.


Dr. Rolando Castillo Montalvo