

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**HISTERECTOMIAS HOSPITAL NACIONAL  
RETALHULEU**

(Revisión años 1978-79-80)

**ELMER OSWALDO ESTRADA SOPONY**

## C O N T E N I D O.

a) Introducción.

b) Objetivos.

c) Hipótesis.

d) Material y Métodos.

c) Area de Trabajo.

d) Definición:

-Histerectomías

-Tipos de Histerectomías

-Histerectomía Vaginal (técnica)

-Histerectomía Abdominal (técnica)

-Indicaciones para la histerectomía abdominal en procesos benignos

-Metodos combinados abdominoperineales

-Histerectomía Abdominal Sincrónica (técnica)

-Complicaciones postoperatorias.

e) Presentación de datos y resultados

f) Analisis

g) Conclusiones.

h) Recomendaciones

i) Bibliografía.

## I N T R O D U C C I O N .

La histerectomía, sea esta vaginal o abdominal, es un procedimiento quirúrgico que en la actualidad se está efectuando con mayor frecuencia, debido al temor que presentan muchas mujeres a enfermedades malignas tales como cancer.

En muchas mujeres se ha podido observar un acondicionamiento hacia la pérdida de este órgano, sobre todo después de que se les ha hecho ver que con su ausencia ellas pueden persistir, teniendo una vida sexual activa, que no les disminuirá en ningún momento su feminidad, y además de que es un órgano que a determinada edad ya deja de cumplir su función principal, llegando a constituir un riesgo inherente para toda mujer, desde el punto de vista de un tumor maligno o benigno, así como prolapsos uterinos o metropatías.

Otro problema ligado a histerectomías lo constituyen los abortos sépticos, que tan frecuente es en nuestra época, y por lo que muchas mujeres han tenido que perder su útero a: joven edad.

La multiparidad muy frecuente tan bien en las madres de nuestra sociedad que trae como consecuencia prolapsos uterinos, más si la atención de sus partos ha sido mala.

Las rupturas o inminencias de rupturas uterinas en pacientes con trabajo de parto cuando hay desproporción cefalo-pélvica.

Por lo tanto es importante que en todos los hospitales se cuente con personas que se encuentre capacitadas para éste tipo de procedimiento, que si bien es tan común y frecuente tiene sus variadas complicaciones.

Es por lo anterior que me inclinado a efectuar este estudio en el Hospital Nacional de Retalhuleu, y considerando que no hay un estudio previo que evalúe el trabajo efectuado sobre este procedimiento de seando que el mismo sirva como representativo de dicho hospital y como base o complemento de estudios posteriores.

## O B J E T I V O S .

### GENERAL:

Dar al hospital un documento representativo de una de las actividades que a diario se realizan dentro de él, para fuente de investigaciones posteriores, y consulta específica en cuanto al trabajo se refiere, incentivando con ello mi capacidad de investigación.

### ESPECIFICOS:

- a) Determinar que porcentaje de uteros quitados demuestran malignidad por informe de patología.
- b) Relacionar las pacientes que se efectuó histerectomía con su historia obstétrica.
- c) Porcentaje de pacientes que fueron sometidas a histerectomía con diagnóstico de enfermedad benigna, tomando en cuenta los medios con que se cuenta en el hospital.
- d) Accidentes encontrados en las diferentes pacientes y complicaciones durante y después de la operación.
- e) Relacionar el prolapso uterino con el número de gestas maternas.

### H I P O T E S I S.

- a) El mayor porcentaje de histerectomías, se efectúa en pacientes comprendidas entre las edades de 40 y 50 años.
- b) La mayor parte de uteros histerectomizados tienen informe de patología benigno.

MATERIAL Y METODOS.Material:

- a- Libros de registro de la Cirugía de Mujeres.
- b- Libros de registro de Sala de operaciones.
- c- Informes de patología del Hospital Nacional del de Retalhuleu dados por el hospital Roosevelt de Guatemala.
- d- Archivo general del hospital nacional de Retalhuleu.
- e- Fichas clínicas del hospital Nacional de Retalhuleu.
- f- Material bibliográfico.

Material Humano:

- a- Personal médico y paramédico
- b- Médico Asesor y Revisor
- c- Personal de Archivo.

(todos los anteriores del Hospital Nacional de Retalhuleu.)

Metodos:

- a- Deductivo, en la recopilación de datos de los diferentes materiales, para su presentación.
- b- Analisis y síntesis de las diferentes situaciones encontradas.

AREA DE TRABAJO.

El area de trabajo que en ésta oportunidad sirvió para el desarrollo de ésta investigación lo constituyó el Hospital Nacional de Retalhuleu, como parte fundamental, luego sus divisiones de Sala de Cirugía - de Mujeres, Sala de Operaciones y su Archivo general. Además la Biblioteca de la Facultad de Medicina y bibliotecas particulares.

## H I S T E R E C T O M I A .

En sí, el término histerectomía significa extirpación de el útero, lo cual puede ser total o parcial se dice que es histerectomía total cuando se extirpa cuerpo y cuello uterinos, y parcial cuando se prescinde de quitar el cuello, Algunos ginecólogos utilizan el término panhisterectomía, refiriéndose a resección del útero más salpingooforectomía, pero el término panhisterectomía, según la estricta definición griega significa lo mismo que una histerectomía total, es por eso que la definición anterior ya no es muy utilizada, y para evitar confusiones se dice que si un ginecólogo extirpa el útero y además los dos anexos se denomina a la operación histerectomía total más salpingooforectomía bilateral, o unilateral si quitó solo un anexo.

### TIPOS DE HISTERECTOMIA.

De acuerdo a la vía por la cual se efectuó la histerectomía se divide en Histerectomía Vaginal e Histerectomía Abdominal.

#### Histerectomía Vaginal:

Este tipo de operación ha perdido bastante popularidad en contra de la histerectomía abdominal, la morbimortalidad no está en contra de ninguna de las dos, pero las ventajas de una exploración con un campo amplio que permite una visión más cómoda y perfecta de lo que se está haciendo y el dominio que se puede ejercer sobre cualquier contratiempo ha hecho un tanto más que los ginecólogos se inclinen por este tipo de operación, quedando únicamente como viable la vaginal para problemas de prolapso uterino, en ginecólogos no muy expertos, ya que no puede discutirse que un ginecólogo experto puede extirpar por vía vaginal casi cualquier útero que se proponga. Es posible que un ginecólogo experto considere efectuar una histerectomía vaginal en una mujer nulípara, la operación es difícil y peligrosa, las ope-

las operaciones pélvicas anteriores, pueden incrementar los riesgos por la presencia de adherencias, - la inflamación pélvica y la endometriosis constituyen - contraindicaciones, así también los miomas, salvo -- cuando son pequeños, cuando se sospecha malignidad - se considera contraindicado, ya que por la vía abdominal se visualizará mejor si se desea una resección más amplia. De manera que constituyen indicaciones específicas para la vía vaginal el prolapso y la relajación del vestíbulo, que se acompañe de rectocele enterocele, cistocele e incontinencia urinaria, no obstante situaciones como hemorragia funcional recurrente, retroposiciones dolorosas y miomas pequeños son susceptible de la vía vaginal.

TECNICA:

La preparación preoperatoria es igual que para -- cualquier tipo de intervención de cirugía mayor. La paciente es anestesiada ( esta variara de acuerdo al cirujano y anestesista) se coloca en posición de litotomía, se efectúa la asepsia y antisepsia, - se introduce una valva se sims, se atrae el cuello - con una pinza de garfios colocada en el labio anterior para una mejor visión se utilizarán retractores laterales.

Circunscripción cervical:

Se efectúa una circunscripción a nivel de la unión - del cuello con la vagina, en ésta fase no debe atenderse la hemostasia.

Movilización de la vejiga:

Consiste en seccionar el ligamento vesicocervical y exponer el espacio vesicocervical, se introduce luego un dedo en el espacio vesicocervical, y se despega suavemente la vejiga de la parte anterior del cuello a cada lado debe seccionarse el pilar vesical que representa el borde lateral condensado del ligamento - vesicocervical, aquí probablemente sea necesario efectuar hemostasia

### Identificación y apertura del Fondo de Saco de Douglas.

Es de manifestar que muchos ginecólogos prefieren abrir el fondo de saco de Douglas al inicio de la operación pues constituye de ayuda para la identificación de los ligamentos uterosacros, pero en última instancia cada cirujano lo determinará según el caso y vendrá dando lo mismo abrir el fondo de saco de Douglas pasar el dedo através de el identificando el fondo de saco uterovesical o viceversa.

### Identificación de los ligamentos uterosacros.

Para ello se atrae el cuello lateralmente y algo hacia arriba para exponer los lados del cuello; se disecciona la pared vaginal de las estructuras más profundas, de ésta forma se identifica el ligamento de Makenrodt junto con la extremidad inferior del ligamento uterosacro, al localizarlos se seccionaran previo haberles pasado sutura para ligarlos en el extremo, esto se efectúa simultaneamente en ambos lados, se continúa despegando la vejiga en la parte anterior del útero

### Identificación y abertura del Fondo de Saco Uterovesical:

Entre el espacio de la vejiga y el útero se introduce un retractor de Landón o de Sims y se identifica el peritoneo del fondo de saco uterovesical, de ser posible se atrae el útero hacia abajo se abre el peritoneo lo más lateralmente posible para que el útero tenga más movilidad, de ser posible pasar el fondo del utero a través del orificio del saco uterovesical.

### Sección y Ligadura del pedículo Uterino:

Un ayudante tiene que desplazar el útero enérgicamente a un lado y algo hacia arriba siempre separando otro la pared vaginal lo más posible, ligándose el parametrio correspondiente, simultaneamente ambos lados, revisando que la ligadura quede bien y que no sangre; a menos que el útero esté muy aumentado por mioma, debe ser atraído a través del fondo de saco uterovesical.

Pinzamiento, Ligadura y Sección de Pedículos Ováricos.

Las inserciones del ligamento redondo, de la trompa de Falopio y del ligamento ovárico en el útero -- quedan expuestos, se pinzan se seccionan los extremos quedados en la paciente se ligarán antes de retirar la pinza, con catgut cromizado I y se revisará -- si no ha quedado hemorragia.

Cierre Peritoneal y Aproximación de los Pedículos.

Siempre debe de dejarse los pedículos extraperitoneales, ya que esto traerá menos complicaciones, si por alguna razón sangrara un pedículo esto sera extra peritoneal, se tomará una sutura de catgut primera -- mente através del peritoneo anterior que cubre la vejiga, después en un lado através del peritoneo que se halla por encima de los tres pedículos principales que han sido ligados en cada lado, finalmente la sutura se pasa a través del peritoneo del fondo de saco de Douglas, cuando se anuda esta sutura (todos los pedículos con catgut) quedaran los pedículos fuera -- del peritoneo.

Cierre de la Herida Vaginal:

Cuando se ha cerrado el peritoneo y el ligamento -- anchos se ha aproximado por suturas de transfixión -- se cierra la herida vaginal por medio de puntos de sutura sueltos, finalmente la vagina se tapona por -- 24 a 48 horas con gasa antiséptica, y sonda Foley -- 4 ó 6 días

HISTERECTOMIA ABDOMINAL:

La vía abdominal es la más apta para efectuar histerectomías, en las cuales exista tumores miomatosos voluminosos, grandes lesiones ováricas y para algunos procesos en los cuales el útero tiene tendencia a quedar fijado tales como endometriosis, algún tipo de enfermedad inflamatoria crónica, intervenciones quirúrgicas anteriores; es más, algunas veces se desea reparar algún tipo de hernia (incisional), efectuar apendicectomía o una exploración en busca de la etiología de un dolor crónico.

En el cáncer de cérvix de endometrio, es preferible esta vía, puesto que puede encontrarse el cirujano con una diseminación hacia otros órganos que haya necesidad de explorar o de extirpar.

#### INDICACIONES PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN PROCESOS BENIGNOS:

Miomas: las histerectomías por este tipo de problemas, más cuando éstos son voluminosos y múltiples, - que es lo más usual, la vía de elección definitiva es la abdominal. Aparte del síntoma de la hemorragia, los miomas pueden presentar diversa sintomatología, de acuerdo a órganos adyacentes que puedan afectar; este tipo de patología generalmente es indolora, a menos que su degeneración sea tan extensa. La mayor parte de pacientes consultan al médico por el aumento voluminoso de su abdomen.

Definitivamente que para este tipo de tumores no es siempre histerectomía su tratamiento, así puede practicarse una miomectomía, en pacientes jóvenes que tienen la esperanza de procrear.

#### Endometriosis Interna:

Los síntomas dominantes en las pacientes que padecen éste problema son la dismenorrea y metropatía, - los cuales tienen como único método salvador la histerectomía abdominal.

#### Hemorragia Uterina Disfuncional:

Hablar de esto es hablar de hemorragias vaginal a normales, sin evidencia de patología demostrable al examen clínico, aparte de una ligera hipertrofia simétrica del útero que pudiera dar la idea de iniciación de un embarazo.

Patológicamente se puede encontrar un quiste folicular único o varios en uno u otro ovario, mientras que el endometrio es polipoideo y muestra hiperplasia glandular quística con zonas de necrosis en las capas superficiales. Este trastorno es más frecuente encontrarlo en pacientes menopausicas. Las pacientes consultan por hemorragias vaginales que no ceden

habiendose inclusive práctica legrados diagnósticos y habiendo tenido tratamiento médico, y tomando en cuenta que su hemoglobina desciende el tratamiento de elección es la histerectomía.

Infecciones Pélvicas Crónicas:

Algunas veces las dos trompas de falopio de los dos ovarios se encuentran afectadas por un tipo de proceso infeccioso, tuberculosis o alguna otra infección piogena. El primer paso para el tratamiento de éste tipo de situaciones es la quimioterapia, pero si a pesar de esto persiste una masa dolorosa, dolor lumbosacro, asociado a hemorragia vaginal, posiblemente dismenorrea y dispareunia, está indicado efectuar una histerectomía, más aún si el útero está edematoso.

Histerectomía tras Cesárea:

La decisión de efectuar una histerectomía luego de una cesarea, se ve más que todo cuando ha ocurrido--desgarros uterinos que dan hemorragias incontralables

Histerectomía por Aborto Terapeutico:

Tambien existen procesos en los cuales algunos ginecólogos prefieren realizar histerectomía por el aborto terapeutico, dependiendo las circunstancias.

Histerectomía por Mola Hidatidiforme:

Se dice que toda paciente con problema de mola hidatidiforme mayor de 40 años es igual a un proceso maligno, por lo cual el tratamiento indicativo absoluto es histerectomía.

Aborto Séptico:

En muchos casos al efectuar un aborto el útero puede perforarse, pudiendo provocar una peritonitis, una endometritis que no responde a quimioterapia, y aquí la conducta es histerectomía y exploración.

Inversión Crónica del Utero:

Indicación absoluta de histerectomía, más cuando está acompañado de un mioma.

Técnica:

Los pasos que se van a describir son aptos para cuando el útero no se encuentra muy hipertrofiado ni adherido a órganos vecinos.

- a) Previa asepsia y antisepsia ( y preparación preoperatoria) bajo efectos de anestesia general se efectúa una incisión abdominal (infra-umbilical) seccionando los diversos elementos anatómicos que comprende la pared abdominal hasta localizar el fondo del útero, el cuál se aprisiona con pinzas uterinas con dientes especiales y se tracciona hacia afuera de la herida abdominal para cualquiera de los dos lados a modo de observar los anexos, luego se colocan grandes pinzas ( Ginecológicas/Kotcher), a modo de abarcar el ligamento ovárico y las trompas de falopio los cuales se ligan con catgut 0 antes de retirar la pinza que los aprisiona. Este procedimiento se efectúa de igual manera en el lado contrario.
- b) Luego un ayudante atrae el útero hacia el lado izquierdo de la enferma. El operador empieza a disecar el peritoneo que forma la hoja anterior del ligamento ancho, esto hacia abajo y hacia adentro en dirección útero-vesical. Con ésta operación quedan a la vista los vasos uterinos, los cuales son pinzados y seccionados previa ligadura.
- c) El siguiente paso consiste en seccionar el peritoneo del fondo del saco útero-vesical.

Al examinar la superficie peritoneal anterior puede observarse una pequeña fosa y con mucha frecuencia una pequeña cresta a cada lado del útero sobre ésta fosa, el peritoneo se adhiere al útero, lo cual debe separarse para alejar estructuras adyacentes . El cuello se encuentra cubierto por su propia capa endopélvica, mientras que el ligamento vesico-uterino nunca está bien desarrollado y se secciona al incidir el peritoneo. Luego el operador continua despegando la fascia pélvica y se dirige hacia abajo, desde el ligamento redondo al cuello y al ir procediendo de ésta manera llega hasta el pilar superior de la vejiga, una vez realizado esto, la vejiga e inclusive el ureter, pueden ser desplazados fácilmente del cuello.

En todo el curso anterior las estructuras seccionadas van siendo ligadas.

d) Con esta etapa se separan el ureter y la vejiga del cuello, así como parte superior de la vagina. El espacio entre la vejiga y la vagina en la línea media en la región del espacio vesico-cervical se encuentran los plexos vaginales laterales venosos juntamente con los plexos venosos del parametrio, los cuales son ligados.

e) Este paso consiste en seccionar el parametrio -- por fuera del útero, por debajo del nivel en que la arteria uterina alcanza el borde lateral del útero, el fondo del útero se atrae hacia un lado por debajo del nivel del pedículo que contiene los vasos uterinos se colocan pinsas, seccionando previa ligadura. En una histerectomía, el operador siempre identifica el uréter.

f) El siguiente paso consiste en abrir la vagina y los casos en que no hay complicación deberá ser abierta por detrás, seccionando el ligamento útero-sacro de ambos lados.

g) El paso siguiente varía de acuerdo al ginecólogo -- consiste en cerrar o no cerrar la vagina. Luego se procede a peritonizar, ligar los muñones y cerrar en orden inverso, los diversos planos que se seccionaron.

Metodos Combinados Abdominopericiales:

Algunos ginecólogos intentaban extirpar una gran cantidad de vagina disecaban éste órgano lo más abajo posible y una vez liberado el útero y la vagina, completamente colocaban a la paciente en posición de litotomía para practicar una incisión circular alrededor del extremo inferior de la vagina y después atraer hacia abajo la parte superior de la misma junto con el útero y anexos através del orificio vaginal. Subsiguientemente se cubría la zona cruenta por vía alta con peritoneo y se cerraba el abdomen. Este tipo de operación tiene el inconveniente de que la paciente tiene que ser cambiada de la posición de litotomía a la trendelenburg o viceversa en la mitad

de la operación esto implica una redistribución de

sangre en la paciente que puede traerle un choque. Desde luego exige tiempo pero si el operador considera indicado éste procedimiento puede hacerlo.

#### Histerectomía abdominovaginal Sincronica:

Cuando un ginecólogo practica éste tipo de operación trata de extirpar un borde generoso de vagina por debajo del tumor, con seguridad la mitad superior y a ser posible los dos tercios superiores. La cantidad efectivamente extirpada es a veces decepcionante y puede llevar al fracaso una operación por otra parte satisfactoria. Esto ocurre sobre todo en la enferma obesa. Las razones de esta extirpación inadecuada son bien técnicas, o bien que el tumor ha infiltrado las paredes vaginales en una difección descendente. En éste último caso el punto de sección vaginal se halla peligrosamente cerca del tumor y no es sorprendente que la recidiva se observe, en la nueva bóveda vaginal. Esta recidiva es bastante alarmante para la paciente ya que tiende a sangrar y a ulcerarse. Cuanto más profundo descende un cirujano en la pelvis en un intento de extirpar más vagina, tanto mayor será la dificultad en la hemostasia y la definición anatómica, sobre todo en una enferma obesa. Discutiendo las posibilidades de la vía vaginal se dice que en ocasiones tales como pacientes de gran obesidad, especialmente multiparas, en casos en que además el tumor primario en el cuello existe un nódulo metastásico en la parte más inferior de la pared vaginal, ésta vía es la indicada; aunque algunos cirujanos llegan a concluir sobre éstos hechos de que se sumara el carcinoma cervical la vía a usarse sería la abdominovaginal, pero dejando entre una vía y otro unos 15 de días de lapso, por lo que se decidió una operación ( de Lloyd-Davies 1939) que emplea dos equipos quirúrgicos que trabajan simultáneamente desde el abdomen y la vagina.

Las ventajas de éste método son evidentes, encunto al ahorro de tiempo, lo amplio de la extensión de la operación, en aquellas partes de la operación que son notoriamente difíciles cuando se practican desde a.

arriba o desde abajo pueden facilitarlas los cirujanos abdominal y vaginal trabajando juntos, ya que se prestan mutua ayuda al encontrar planos de despegamiento con seguridad y facilidad y al identificar las estructuras anatómicas. La rapidez con que la vagina puede disecarse de la vejiga y el recto desde abajo es notablemente fácil y apropiada, pero es prudente situar al operador más experto en la vía vaginal.

#### Técnica:

La paciente debe estar colocada en posición de litotomía-trendelenburg.

#### Vía Abdominal:

El equipo abdominal se compone de cirujano, ayudante y enfermera de quirófano, posee un equipo de instrumentos abdominales completo y gasas que lleven su marca distintiva, a fin de que no se produzcan confusiones en el recuento entre los dos equipos quirúrgicos. Se practica una incisión larga en la línea media, suumbilical, y si fuese necesario, se prolonga a través del ombligo hacia arriba, lo suficiente para proporcionar un campo operatorio amplio. Luego de abierto el abdomen, se pone el úreter a la vista, se pinza el pliegue ovaricopélvico lo más alto posible y el ligamento redondo se pinza en un punto lo más lejos posible en dirección lateral. El peritoneo entre estos dos puntos se incide y su hoja medial se moviliza hacia la línea media con el úreter. De este modo el uréter se identifica inmediatamente y se puede seguir de arriba abajo desde el comienzo de la operación. Se desplazan hacia el centro los ganglios iliaco externo y obturador, más la grasa y el tejido conectivo de suerte que se practica una disección en bloque del tumor y sus ganglios de arriba a bajo centripetamente. Esta maniobra permite ligar la arteria uterina en su parte más proximal, y si fuese necesario, se puede ligar la iliaca interna en su origen. La operación sigue como de costumbre el resto.

Via Vaginal:

El cirujano vaginal por su parte con su ayudante, su enfermera de quirófano y sus propios instrumentos, gasas, practica entre tanto una incisión circular alrededor de la vagina en la región del himen. Esta maniobra se facilita cosiendo los labios menores a la piel, es necesario colocar una sonda vesical - no permanente, la pared vaginal anterior se disecciona de la uretra, y la posterior del cuerpo perineal y del recto. Cuando se ha liberado todo, se taponan la vagina ligera pero firmemente con un antiséptico y se sutura después con varios puntos de seda que se dejan largos y se les coloca unas pincas que pueden servir de tractor, después la disección se sigue por delante y por detrás lateralmente. Por delante la vejiga se alcanza pronto y se despega de la vagina mediante disección aguda y obtusa hasta el cuello. La facilidad de ésta disección depende de la extensión tumoral y es más difícil cuando la vagina está invadida. Por detrás no tarda en alcanzarse el espacio rectovaginal, como en la operación para colpo perineorrafia y se expone a la vista el peritoneo del fondo de saco de Douglas. Lateralmente el músculo pubiorrectal se inserta en la vagina a través de una anchura base muscular en forma de abanico y tiene que ser seccionado por tijeras. Luego muy pronto el operador podrá colocar el dedo de su mano por encima del músculo elevador del ano inmediatamente por debajo de los ligamentos cardinales. En este momento debe detenerse y comprobar que la hemostasia está hecha, el cirujano abdominal habra disecado ya el uréter fuera del conducto ureteral y el ligamento de Makenrot se podrá fijar lo mas lateralmente posible y desde abajo, seccionandolo y ligandolo en tanto se identifica el uréter y es protegido por el cirujano abdominal. Una vez realizado esto en ambos lados - los dos cirujanos dirigen su atención al peritoneo que reviste la cara posterior del fondo de saco de Douglas que se incide ahora desde arriba, mientras el operador vaginal protege el recto y lo rechaza hacia atrás con sus dedos desde abajo. El operador abdominal secciona los ligamentos uterosacros.

El cirujano vaginal ha completado su tarea y su ocupación final consiste en liberar la pieza de la vagina si el útero no es demasiado grande, por ejemplo si existiesen fibromas. Una vez ha realizado este acto practica una inspección final por si hubiese algún vaso sangrante y tampona la cavidad dejada con gasas empapadas con flavina y glicerina, mientras que el cirujano abdominal completa su operación con cierre de peritoneo y demás planos. Los cuidados operativos se toman en cuenta los rutinarios para las dos operaciones individuales.

#### Complicaciones postoperatorias:

##### Hemorragia:

Si la técnica ha sido bien llevada a la par de una buena hemostasia, no debe preocuparnos una hemorragia secundaria, y el rezumamiento vaginal durante las primeras cuarenta y ocho horas, se controlará através de un taponamiento vaginal previa anestesia de la paciente.

##### Choque:

Como toda operación más de éste tipo constituye una pérdida de sangre y líquidos, por lo cual la paciente debe siempre ser transfundida y controlarle su infesta y excreta con líquidos endovenosos.

##### Retención residual de Orina e Infección Urinaria:

Siempre en este tipo de operación completa hay lesión de la inervación motora de la vejiga y produce una retención urinaria secundaria, ésto obliga a que se deje una sonda permanente por unos 4 ó 5 días, lo cual puede traer como consecuencia una infección urinaria la cual tendrá que ser tratada con antibióticos.

##### Lesión de la Vejiga y Ureteres:

En toda operación en que se realiza una histerectomía radical por Ca. cervical corren un gran riesgo la vejiga y los ureteres, especialmente cuando estas patologías son muy avanzadas. El ginecólogo no debe

despegar el ureter demasiado extensamente en sus

últimos segmentos, cuando el trayecto avascular del uréter es superior a 5 cm. se corre el peligro de una necrosis del mismo por irrigación insuficiente.

#### Lesión del Recto:

En este tipo de operación el recto corre menos peligro que en cualquiera de las otras pues el cirujano vaginal puede reconocer más fácilmente la anatomía de la pelvis desde abajo, y el fondo de saco de Douglas lo abren ambos operadores, si fuere lesionado se corre el riesgo de fistulas, con posterior corrección.

#### Flebotrombosis y Embolia Pulmonar:

Es riesgo más si por accidente se tocan vasos del tipo de la vena iliaca común en ambos lados, algunos aconsejan como profiláctico la anticoagulación así también es indispensable la movilización del paciente cuanto antes.

#### Vómitos e Ileo Paralítico Postoperatorios:

El goteo intravenoso luego de haber terminado la transfusión sanguínea debiera continuarse con una solución dextrosada, hasta que el tubo gastrointestinal reanude su función, siempre debe estarse alerta en cuanto a vómitos y tener a mano un aspirador a fin de evitar una aspiración bronquial, es importante mantener el equilibrio electrolítico.

#### Peritonitis

Existen médicos que aconsejan el uso de antibióticos profilácticos postoperatorios pues no es de extrañar que exista contaminación desde la vagina pero esto quedará a criterio individual.

PRESENTACION DE RESULTADOS.NUMERO TOTAL Y PORCENTAJE DE HISTERECTOMIA INVESTIGADAS POR TIPO DE OPERACION.

HISTERECTOMIA	ABDOMINAL	82	45.55 %
HISTERECTOMIA	VAGINAL	98	54.44 %
TOTAL		180	100.00 %

NUMERO Y PORCENTAJE DE HISTERECTOMIAS POR EL TIPO DE OPERACION Y POR EDAD.

EDAD Años	HIST. Nó.	ABDOMINAL %	HIST. No.	VAGINAL %
20-30	6	7.31	4	4.08
31-40	35	42.68	18	18.36
41-50	33	40.24	29	29.59
51-60	6	7.31	28	28.57
61-70	1	1.21	16	16.32
71-80	1	1.21	3	3.06
TOTAL	82	100.00	98	100.00

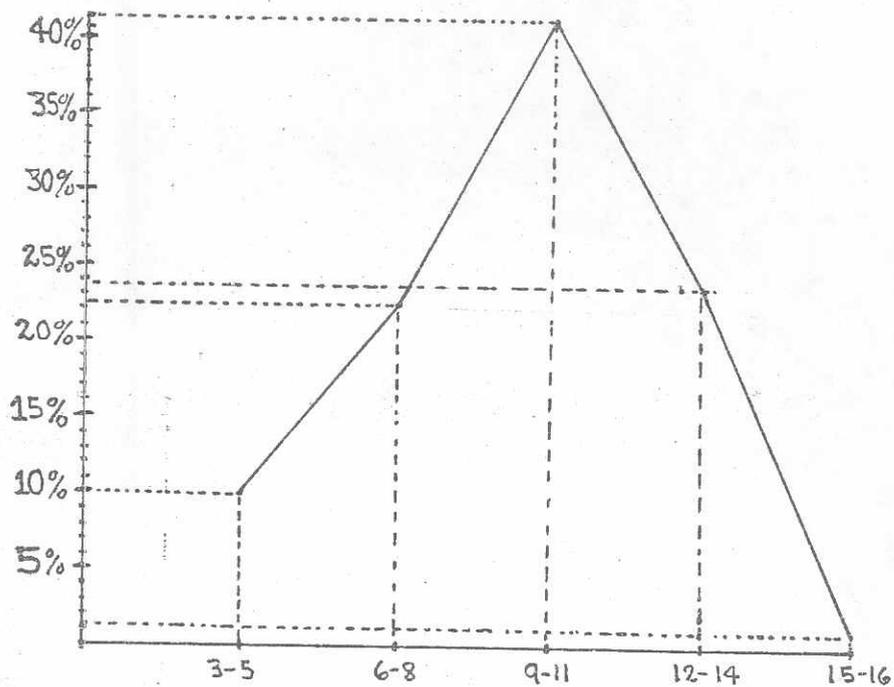
NUMERO TOTAL Y PORCENTAJE DE HISTERECTOMIA REALIZADAS EN LOS AÑOS INVESTIGADOS POR EDAD.

EDAD	HISTERECTOMIAS	
	No.	%
Años		
20-30	10	5.25
31-40	53	29.44
41-50	62	34.44
51-60	34	18.00
61-70	17	9.44
71-80	4	2.22
Total	180	100.00

Sintomatología:

La sintomatología presentada por las pacientes estudiadas, vista através de el motivo de consulta y de la historia clínica de ingreso, es para las operadas por la via abdominal: Hemorragia vaginal de tiempo de evolución comprendido entre 3 y 10 meses así como dolor "pélvico, dolor de cintura, dolor de una de las piernas o ambas, pérdida del apetito, a acompañado de cefale de tiempo de evolución variable no más de 6 meses.

En cuanto a pacientes que fueron operadas por via vaginal, fueron ingresadas todas por prolapso uterino de diferente grado, y solo se quejaron de "salida de la matriz" con tiempo de evolución de un año hasta 5 años y un 5% con acompañamiento de hemorragia vaginal y ardor al orinar.

Paridad Más Frecuente en las Pacientes Investigadas.

Nota:

El cuarenta y dos por ciento de las pacientes estuvo comprendida en 9 y 11 gestas.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO MAS FRECUENTE POR TIPO DE HISTERECTOMIA.

<u>HISTERECTOMIA ABDOMINAL</u> ---		<u>HISTERECTOMIA VAGINAL</u>	
<u>Diagnóstico</u>	<u>No.</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>No.</u>
Fibromatosis Uterina	31	Prolapso Uteri. G I	1
Metropatia Funcional	16	Prolapso Uteri. G II	3
Cervicitis Crónica	11	Prolapso Ute. GIII	44
Pólipo Endocervical	7	Prolapso Ute.Total	50
Ruptura Uterina	3		
Endometriosis	3		
Mioma	2		
Ca. Cervix	1		
Ab. Diferido	1		
Mola Hidatidiforme.	1		
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>Total</b>	<b>98</b>

Nota: Algunas pacientes que se les efectuó histerectomía no tienen diagnóstico preoperatorio por ello - este total con el inicial.

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DADO POR INFORME DE PATO\*  
LOGIA DE HOSPITAL ROOSVELT DE GUATEMALA A HISTERECTO  
MIAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL DE RETALHULEU.

<u>Informe de Patología</u>	<u>Número.</u>
Cervicitis Crónica	118
Endometrio Proliferativo	9
Ca. Epidermoide In.Situ	8
Endometriosis	6
Ca. Invasivo	2
Mola Hidatidiforme	2
Post Rasgadura Placenta Increta	1
TOTAL	146

Nota: El número total de histerectomías hechas no -  
 concuerda con el número de informes, pero obedece al  
 extravío de informes o a que no se envía tarjeta de  
 solicitud de informe.

Las pacientes que tienen informe de patología de ce-  
 lulas malignas corresponden a las edades 55-70- 67-  
 38- 36-31-70-70-68-63 años.

COMPLICACIONES.

Revisando las fichas del archivo del hospital, me encontré con que no se reporta ningún tipo de complicación durante el acto operatorio, y está reportado como procedimiento quirúrgico sin complicaciones.

En el postoperatorio, se reportan únicamente molestias para orinar, 12 de las revisadas reportan infección de la herida operatoria y 6 que presentaron fiebre, con colpocentesis positiva no habiendo reporte bacteriológico, otras molestias un tanto vagas que describen algunas pacientes son mareos, dolores en la cintura, falta de apetito, estriñimiento pasajero.

A N A L I S I S . \_

- 1- Se encontró un total de 180 histerectomía a partir de Enero 1978 a Septiembre 1980
- 2- El 54.44 por ciento del total de histerectomías - fué de tipo vaginal lo que se relaciona con lo frecuente de la multiparidad en nuestras pacientes, asociando entonces la multiparidad como factor predisponente a prolapsos uterinos, sin dejar a un lado los partos traumáticos.
- 3- La edad más frecuente en que se realizó histerectomía vaginal está entre 40 y 50 años, va también con la edad en que se presenta prolapso uterino - que fue la causa más frecuente por la que se efectuó histerectomía vaginal, edad en que el útero y ligamentos que lo sostienen están debilitados - por la multiparidad.
- 4- La sintomatología presentada por las pacientes es una sintomatología un tanto vaga no específica de enfermedad, por la que se opera, a excepción de - hemorragia vaginal o "salida de la matriz" lo - que viene a darnos al comparar con resultado de - informe patológico que su enfermedad no estaba -- tan fundamentada para asociarlo con malignidad que las pacientes se hacen la idea ( es solo en unas - pacientes)
- 5- No obstante que el hospital no cuenta con todas - las medidas de desinfección que se requieren para este tipo de operación (como la mayoría de hospi-

tales de la república) creo que se aprovechan al -- máximo los existentes y con la debida preocupación - hacia el paciente ya que las complicaciones postope- ratorias encontradas son insignificantes si las hay.

6- La capacidad de los cirujanos que hasta la fecha se han dedicado a la práctica de este tipo de procedimientos comprendiendo ellos mismos sus limitaciones (Personales y Hospitalarias) en la realización y no realización de determinadas situación quirúrgicas, considero que es aceptable ya que por la revisión puede verse que no existe ninguna lamentación en cuanto a un accidente dentro del proceso quirúr- gico.

## C O N C L U S I O N E S .

- 1- Creo que todas las histerectomías efectuadas, aunque no presenten un informe patológico maligno fueron muy bien indicadas, si tomamos en cuenta la edad en que se efectuaron, y el potencial de malignidad que representa para las pacientes un utero que ya ha cumplido sus funciones.
- 2- El riesgo operatorio a que son sometidas tales - pacientes es compensado por el estado de tranquilidad que manifiestan las pacientes al saber que se les ha quitado de su cuerpo ese foco de enfermedad potencial que las mantiene inconformes.
- 3- No se encuentra una sintomatología específica de las enfermedades (diagnóstico preoperatorio) en las histerectomías.
- 4 El prolapso uterino más frecuente es el total con tiempo de evolución lógicamente, largo lo que da idea de lo negligente que son las pacientes en cuanto búsqueda de consulta médica.
- 5- No obstante que la literatura refiere que la histerectomía abdominal ha venido desplazando a la vaginal, podemos darnos cuenta que en presente estudio, la histerectomía vaginal tiene amplio predominio sobre la abdominal, quizá porque en nuestro medio es frecuente la multiparidad, factor determinante en prolapsos uterinos.

RECOMENDACIONES.

- 1- A compañeros que efectúen éste tipo de trabajos, que traten de proyectarse a hospitales departamentales, ya que éstos cuentan con pocos estudios de este tipo, y para estimular a encargados de archivos a una mejor organización.
- 2- A personal hospitalario de Retalhuleu a continuar colaborando en la forma como lo han hecho entre ellos mismos, para beneficio en última instancia de los pacientes que a diario concurren a ese centro de atención
- 3- A la facultad de Medicina que continúe con programas de investigación durante toda la carrera ya que trae beneficios para quien los realiza así - como para quienes se interesen en este tipo de actividad.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1- Grajeda Carlos Enrique Dr. Revisión de casos de Histerectomía hospital nacional Salama Baja Vera paz. tesis 1979
- 2- John Howkins Ginecología operatoria Salvat Editores S.A. traducción revisada por el Dr. José-Ma. Carrera Maciá Médico consultor del Inst. Provisional de Maternología Barcelona. pag. 190 a 194--- 303 a 315 -- 345 a 352.
- 3- Novak Jones Ginecología Octava edición editorial Interamericana pag. 108 a 114
- 4- Smith Dorothy Enfermería Médico Quirúrgica Editorial Interamericana (cuidados de Enfermería) pag. 890 - 908 --905 a 906.
- 5- Sabinston David Christopher Décima edición editorial interamericana pag. 1428--1431.
- 6- Schwarcz Obstetricia Tercera edición Quinta reimpresión editorial "El Ateneo" pag. 864.
- 7- Surgical Clinic Of North América  
Febrero 1979
- 8- Suros Semiología médica y Técnica Exploratoria - Editores 1975 pag 663
- 9- Williams Obstetricia. Salvat Mexicana Sexta Reimpresión 1978. Pag. 1024-761-1010-802-498 a500 1020 - 1023.
- 10- Diccionario Terminológico Ciencias médicas. Editores Salvat  
Pag. 609

Dr. Helmer Oswaldo Estrada So pony

Sanjovay Pais

Asesor.

Dr. Mario Adolfo Cahuegas.

Revisor.

A. Waldheim

Director de Fase III

Dr. Raúl A. Castillo R.

Secretario

Dr. Edmundo Castillo Montalvo