

400 CASOS DE HISTERECTOMIA VAGINAL REALIZADOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA (EN UN PERIODO DE 10 AÑOS (1969-1979). HOSPITAL MEXICO. C.C.S.S.)

Fernando Otárola Álvarez*

Ma. Bernarda Tuck Durán**

Cristian César Dam Enciso***

INTRODUCCION

La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico que se encuentra indicado en aquellos casos que, por trastornos de la estática pélvica, el útero se encuentra prolapsado. Sin embargo, en algunos casos el conjunto de otra patología que por sí sola no lo indicara, encuentra justificación para emplear este procedimiento terapéutico. Con la introducción y desarrollo de la histerectomía vaginal, con sus técnicas se abre un capítulo de la historia de la Ginecología. En 1898, Thomas J. Watkins, nos habla de la operación para el cistocele y el prolapso uterino (operación de trasposición de Watkins), e inicia una serie de polémicas en Europa y América. Posteriormente en 1906, en Dr. C. Jeff Miller habla a la "Orleans Parish Medical Society" de la "sección vaginal" en pelvis supurativas; abre de nuevo el camino de la cirugía pélvica vaginal hacia una animada discusión. Muchas duras batallas fueron libradas en esta área, pero también el conflicto entre histerectomía vaginal e histerectomía abdominal, es ahora historia pasada, ya que sabemos actualmente, que estas dos operaciones son casi siempre complementarias y no competitivas. En 1937, Edward H. Richardson, describió una operación para el prolapso uterino y afecciones asociadas. Esta consistía en la amputación del cuello, una resección del cuerpo a cualquier altura deseada, el empleo de la porción ístmica del útero con las inserciones de los ligamentos anchos y úterosacros para la interposición, y, por último, la aproximación en la línea media de la fascia pubocervical por debajo de la uretra, la base de la vejiga y la porción restante del útero. La operación de Richardson fue presentada a la "American Gynecology Society" en 1937. En 1942, Richard W. TeLinde y Edward H. Richardson, publicaron sus primeros 5 años de experiencia de la Clínica Johns Hopkins. Al leer sus comunicaciones, Ludwig Emge hace ver que dicha técnica, ya había sido descrita por Spalding en 1919. Ambos habían sido estimulados

por mejorar la técnica en boga. En el último cuarto de siglo se ha notado un creciente uso de la histerectomía vaginal, como método para el prolapso uterino sintomático, junto con la presencia de un cistocele, rectocele y/o enterocele. Sus técnicas han ido mejorando en práctica y en resultados, alcanzando una posición de supremacía en el tratamiento del prolapso uterino de primero y segundo grados. Cuando se lleva a cabo adecuadamente, prestando atención cuidadosa a los detalles anatómicos que se asocian a la relajación pélvica, se convierte en una valiosa herramienta para el tratamiento de esta anomalía. El presente estudio pretende eso en dos técnicas actuales, cuales son: Técnica de Wheelan y la Técnica de Heaney.

MATERIAL Y METODO

Se analizan 400 casos de histerectomía vaginal, realizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital México, en un período de 10 años. Las técnicas utilizadas fueron:

- La técnica de HEANEY en 199 casos (49.75%).
- Técnica de WHEELAN en 198 casos (49.50%).
- Técnica de KANTER: 0.75%

Cuadro 1

EDAD

	No.	%
10-20	0	0.00
21-30	7	1.75
31-40	48	12.00
41-50	70	17.50
51-60	98	24.50
61-70	125	31.25
71-80	48	12.00
+ de 81	4	1.00

HASSAN AMIRIKIA Y col. EE.UU. (37% , 31-50)
FREDERICK HOFMEISTER, EE.UU. (68% , 31-50)
ARVIN MOOLGAOKAR-INGLATERRA (50,6 años)
ABE MICKAL y col. EE.UU. (20-40 años)

* Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

*** Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Cuadro 2

— ESTADO CIVIL.

	No.	%
CASADA	363 ..	90.75
SOLTERA	37 ..	9.25

Cuadro 3

— PARIDAD.

	No.	%
NULIPARA	1 ..	0.25
PRIMIPARA	27 ..	6.75
MULTIPARA	132 ..	33.00
GRAN MULTIPARA	240 ..	60.00

HASSAN AMIRIKIA, EE.UU.: Multípara 74%.

DAVID L. HENSEN et al. — EE.UU.:

Promedio: 3.9%. Rango: 1-11.

Cuadro 4

— GESTACION.

	No.	%
PRIMIGESTA	23 ..	5.75
MULTIGESTA	377 ..	94.25

— CIRUGIA ANTERIOR.

Cuadro 5

GINECOLOGIA

1— Colpoperinorrafia	(14— 3.25%)
2— Histeropexia	(5— 1.25%)
3— Cesárea	(7— 1.75%)
4— Plastía vagina	(1— 0.25%)
5— Marshall Marketti	(2— 0.50%)
6— Miomectomía	(1— 0.25%)
7— Conización	(2— 0.50%)
8— Ooforectomía	(11— 2.75%)
9— Salpingectomía	(17— 4.25%)
10— Quiste de Bartholino	(1— 0.25%)
11— L.U.I.	(57— 14.25%)

ABDOMINAL

1— Apendicectomía	(16— 4.00%)
2— Colectomía	(30— 7.50%)
3— Hernioplastía	(22— 5.50%)

Gráfico 1

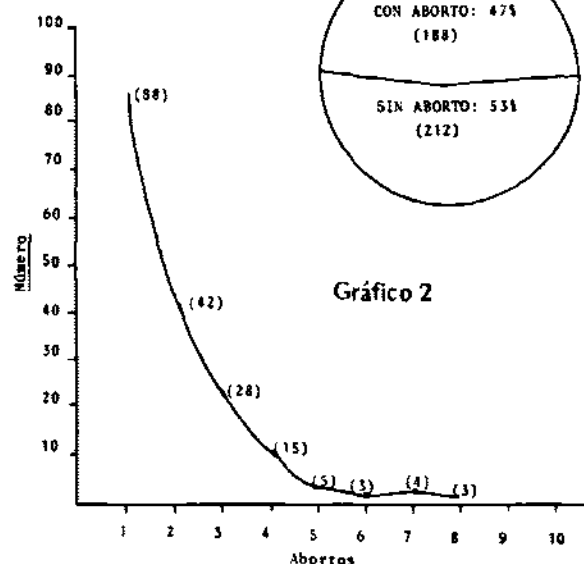
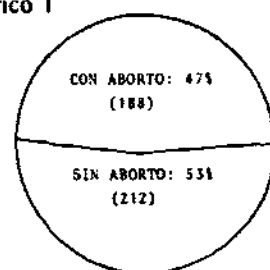
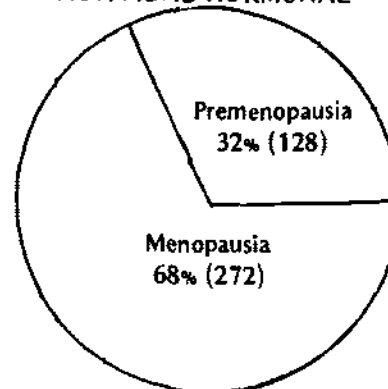


Gráfico 3

ACTIVIDAD HORMONAL

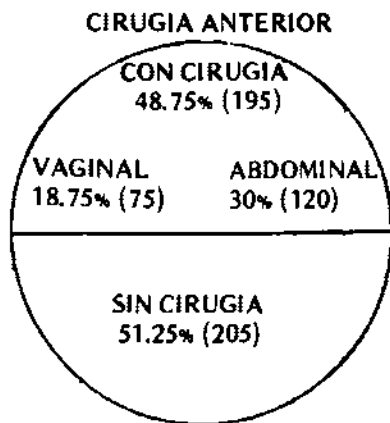


ARVIN MOOLGAOKER (Inglaterra): 36.8% Menopausia.

DAVID L. HENSEN et al. (EE. UU.): 100% premenop.

ABE MICKAL et al. (EE.UU.): 100 100% premenop.

Gráfico 4



ARVIN MOOLGAOKAR (Inglaterra):

11.73% Cirugía abdominal
5.17% Cirugía vaginal
83.00% Sin cirugía

Gráfico 5

ESTANCIA PREOPERATORIA

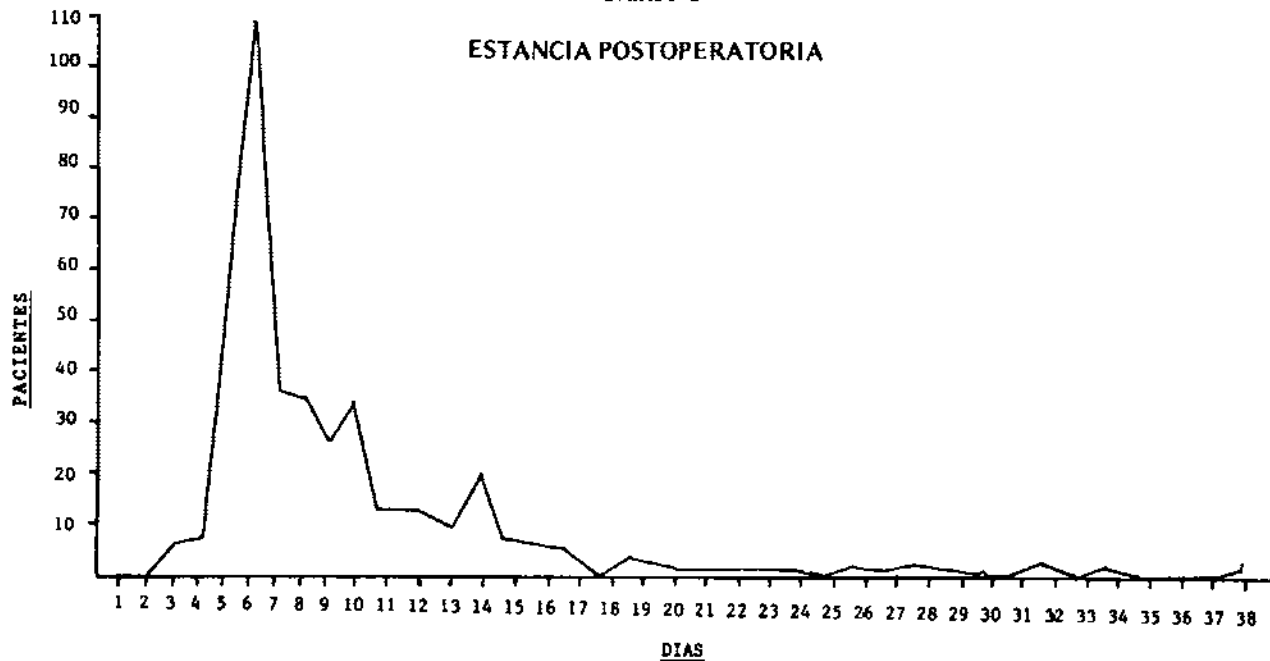


DIAS

MAXIMO : 30 DIAS
MINIMO : 1 DIA
PROMEDIO : 3.09 DIAS

Gráfico 6

ESTANCIA POSTOPERATORIA



MAXIMO: 38.
MINIMO: 3
PROMEDIO: 8.8

ABE MICKAL ET AL. (EE.UU)
PROMEDIO: 5.9 DIAS

Cuadro 6

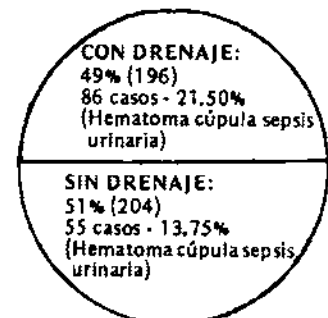
- ANESTESIA

	No.	%
GENERAL	164	.. 41.00
EPIDURAL	236	.. 59.00

R.M. FEROTE (LONDRES):
Anestesia Epidural: 100%

Gráfico 7

DRENAJE



Cuadro 7

- DIAGNOSTICO

	PREOPERATORIO	POSTOPERATORIO
1. Prolapso urogen. gr. I	(14 - 3.50%)	(18 - 4.50%)
2. Prolapso urogen. gr. II	(66 - 16.50%)	(63 - 15.75%)
3. Prolapso urogen. gr. III	(291 - 72.75%)	(290 - 72.50%)
4. Cistocele grado I	(1 - 0.25%)	(1 - 0.25%)
5. Cistocele-rectocele II-III	(22 - 5.50%)	(22 - 5.50%)
6. Rectocele II	(1 - 0.25%)	(1 - 0.25%)
7. Multiparidad	(1 - 0.25%)	(1 - 0.25%)
8. Trastorno menstrual	(2 - 0.50%)	(2 - 0.50%)
9. Adenomiosis	(1 - 0.25%)	(1 - 0.25%)
10. Cáncer in situ cérvix	(1 - 0.25%)	(1 - 0.25%)

PATOLOGIA GINECOLOGICA SECUNDARIA

1. Adenomiosis	(1 - 0.25%)	(1 - 0.25%)
2. Adherencias pélvicas	(0 - 0.00%)	(1 - 0.25%)
3. Elongación de cuello	(3 - 0.75%)	(3 - 0.75%)
4. Leiomiomatosis uterina	(2 - 0.50%)	(5 - 1.25%)
5. Pseudodivertículo vejiga	(0 - 0.00%)	(1 - 0.25%)
6. Quiste de ovario	(0 - 0.00%)	(2 - 0.50%)

ABE MICKAL et al. (EE.UU.)

INDICACION: 1) Displasia cervical.
2) Prolapso uterino.

DR. CARLOS PRADA DIAZ (COSTA RICA)

INDICACION: 1) Fibromiomas
2) Ca. in situ.

Gráfico 8

No. DE DIAS DE SONDA FOLEY

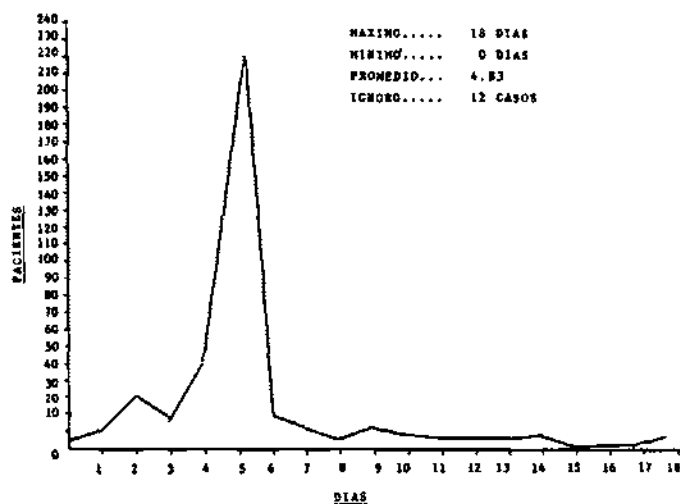
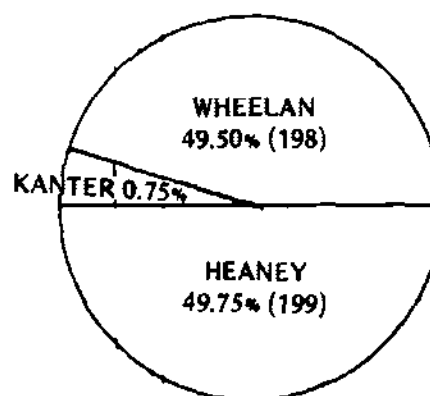


Gráfico 9

TECNICA EMPLEADA



TOTAL: 400 CASOS

Cuadro 8

- COLPOPERINORRAFIA

ANTERIOR:			POSTERIOR		
NO	213	53.25%	NO	16	4.00%
SI	187	46.75%	SI	384	96.00%

Cuadro 9

- ACCIDENTES TRANSOPERATORIOS

T. HEANEY

Hematoma posterior que ameritó
laparotomía y ligadura de hipo-
gástricas (1 - 0.50%)
Ruptura de vejiga (2 - 1.00%)

DR. DANIEL ZARCO DIAZ (MEXICO):

Hemorragia op. difusa 17
Lesión de vejiga 2
Lesión de recto 2

T. WHEELAN

Lesión accidental recto. (1 - 0.50%)
Ruptura de vejiga (1 - 0.50%)

DR. CARLOS PRADA DIAZ (COSTA RICA):

Hemorragia op. difusa 2
Lesión de vejiga 1
Lesión de recto 1

Cuadro 10

- COMPLICACIONES TEMPRANAS.

HEANEY. TOTAL: 198 CASOS
No. 100 (50.50%)
Sí 98 (49.50%)

1. Anemia secundaria. (7 - 3.57%)
2. Anemia-hematoma cúpula (2 - 1.00%)
3. Anemia-hematoma pélvico. (2 - 1.00%)
4. Anemia, hematoma infectado cúpula,
sepsis urinaria (1 - 0.50%)
5. Anemia-retención urinaria (1 - 0.50%)
6. Anemia - sepsis urinaria (1 - 0.50%)
7. Celulitis (1 - 0.50%)
8. Cuadro viral (2 - 1.00%)
9. Dehiscencia sutura (4 - 2.00%)
10. Hemoperitoneo (1 - 0.50%)
11. Hematoma cúpula (7 - 3.57%)
12. Hematoma cúpula infectado (7 - 3.57%)
13. Hematoma infectado cúpula sepsis
urinaria (1 - 0.50%)
14. Tromboflebitis (2 - 1.00%)
15. Neumonía basal izquierda (1 - 0.50%)
16. Picos febriles (2 - 1.00%)
17. Retención urinaria (4 - 2.00%)
18. Retención urinaria-sepsis urinaria (1 - 0.50%)
19. Sepsis urinaria (20 - 10.21%)
20. Septicemia (2 - 1.00%)
21. Síndrome Mallory Weiss (1 - 0.50%)

WHEELAN: TOTAL 196 CASOS
No. 124 (63.27%)
Sí 72 (36.73%)

1. Anemia-absceso - dehiscencia,
colpoperinorrafia anterior (1 - 0.50%)
2. Anemia secundaria (4 - 2.00%)
3. Dehiscencia sutura posterior. (1 - 0.50%)
4. Enterocolitis ag. -hematoma retroperitoneal-
bronconeumonía (1 - 0.50%)
5. Hematoma cúpula vaginal (4 - 2.00%)
6. Hematoma cúpula vaginal infectado (20 - 10.10%)
7. Hematoma infectado cúpula vaginal -
anemia secundaria (5 - 2.50%)
8. Hematoma infectado cúpula-anemia-
sepsis urinaria (1 - 0.50%)
9. Hematuria microscópica (3 - 1.50%)
10. Hematuria - neumonía - dehiscencia
de sutura. (1 - 0.50%)
11. Obstrucción intestinal -anemia
secundaria (1 - 0.50%)
12. Lesión accidental rectal-anemia (1 - 0.50%)
13. Pico febril (2 - 1.00%)
14. Retención urinaria (9 - 4.55%)
15. Retención urinaria - hematoma -
infectado cúpula vaginal (4 - 2.00%)
16. Ret. urinaria-sepsis urin. Anemia (1 - 0.50%)

22. Status asmático-sepsis urinaria (1 — 0.50%)	17. Sepsis urinaria (29 — 14.65%)
	18. Sepsis urinaria-hematoma infectado cúpula vaginal (3 — 1.50%)
	19. Sepsis urin. Hemat. cúpula vag. Anemia (1 — 0.50%)
	20. Sepsis urin. Ret. urinaria (3 — 1.50%)
	21. Sepsis urinaria-retención urin. hematoma cúpula vaginal (1 — 0.50%)

ARVIN MOOLGAOKER (INGLATERRA): 21% MORBILIDAD
 PRATT J.H. (EE.UU.) 15% MORBILIDAD
 HOMESLEY (EE.UU.) 69.8% MORBILIDAD
 VAN NAGELL (EE.UU.) 22.0% MORBILIDAD

HASSAN AMIRIKIA y col. (EE.UU.): 26% MORBILIDAD
 ATKINSON (EE.UU.) 29.6% MORBILIDAD
 VELTMAN (EE.UU.) 43.0% MORBILIDAD

Cuadro 12

— COMPLICACIONES TARDIAS.

WHEELAN.		HEANEY.	
No.	188 casos (94.95%)	No.	187 casos (93.96%)
Sí.	10 casos (5.05%)	No.	Sí. 12 casos (6.04%)
1. Enterocèle grado II	(1 — 0.50%)	1. Cistocèle e I.U.E.	(1 — 0.50%)
2. Estrechez uretral	(1 — 0.50%)	2. Cistocèle grado II	(1 — 0.50%)
3. Parestesias en M. I.	(1 — 0.50%)	3. Fístula vésico - vaginal	(1 — 0.50%)
4. Prolapso cúpula vaginal	(1 — 0.50%)	4. I.U.E.	(3 — 1.50%)
5. Prolapso cúpula vag. — Enterocèle	(2 — 1.00%)	5. Prolapso total de cúpula	(2 — 1.00%)
6. Prolapso parcial cúpula vaginal — Rectoenterocèle grado II	(1 — 0.50%)	6. Rectocèle grado II	(1 — 0.50%)
7. Prolapso cúpula vaginal-rectocèle grado II	(1 — 0.50%)	7. Rectoenterocèle grado II	(1 — 0.50%)
8. Rectocistocèle	(1 — 0.50%)	8. Sepsis urinaria	(2 — 1.00%)
9. Sepsis urinaria - I.U.E.	(1 — 0.50%)		

Cuadro 13

— TIEMPO OPERATORIO.

HEANEY

TIEMPO MAXIMO 200 min.
 TIEMPO MINIMO 30 min.
 PROMEDIO 88 min.

DAVID L. HENSEN (EE.UU.)
 PROMEDIO: 144 x'.
 RANGO: 50-235 x'

WHEELAN

TIEMPO MAXIMO 190 min.
 TIEMPO MINIMO 40 min.
 PROMEDIO 153 min.

Cuadro 14

— CONTROL POSTOPERATORIO.

TIEMPO		TECNICA	
	WHEELAN		HEANEY
1 MES	36 casos 18.18%	45 casos	22.61%

3 MESES	50 casos	25,25%	53 casos	26,63%
6 MESES	36 casos	18,18%	29 casos	14,57%
1 AÑO	33 casos	16,67%	25 casos	12,56%
2 AÑOS	10 casos	5,05%	8 casos	4,02%
NO CONTROL.	33 casos	16,67%	39 casos	19,61%

CONCLUSIONES

Se ha determinado universalmente y en el presente trabajo se ha reafirmado, que el porcentaje de morbilidad es más frecuente en la histerectomía vaginal. Su mortalidad es de 0,1% (una mujer por cada mil operaciones), lo que teóricamente representaría que la mujer que fallece es de 100%. También es importante recalcar que el riesgo de mortalidad quirúrgica es mayor para la anciana, obesa y sedentaria; que para la mujer joven, activa y sana. De los 400 casos de histerectomía vaginal analizados en 10 años en nuestro Hospital, se encontró 98 casos (49,50%) de complicaciones tempranas por la técnica de HEANEY y 72 casos (32,73%) por la técnica de WHEELAN; 10 casos (5,50%) de complicaciones tardías por la técnica de WHEELAN y 12 casos (6,04%) por la técnica de HEANEY, sobresaliendo entre ambas técnicas, el prolapso de cúpula, enteroceles e I.U.E., como las complicaciones tardías más frecuentes. La mayoría de nuestros casos eran de mujeres casadas, multíparas y grandes multíparas, en concordancia con otros trabajos. De los 400 casos analizados, 68% eran menopáusicas. La cirugía ginecológica y abdominal se encontró como antecedente importante, no siendo factor que aumentara los riesgos de la cirugía, sin embargo, debe tomarse como una indicación relativa para realizar la histerectomía vaginal. La estancia hospitalaria promedio preoperatoria fue de 3 días y 8 días para el postoperatorio. La sonda Foley se mantuvo como promedio 5 días sin incidir esto en la morbilidad de las pacientes. El diagnóstico pre y post-operatorio estuvo acorde en la mayoría de los casos y fueron pocas las variantes entre ambos diagnósticos. La anestesia utilizada fue la epidural en la mayoría de nuestros casos (59%), siendo esto de gran beneficio para las pacientes ancianas con grandes riesgos anestésicos. El drenaje en nuestros casos no significó de gran valor para la evolución de las pacientes. Para concluir, consideramos que la histerectomía vaginal sea cual sea la técnica empleada, es de gran utilidad en las mujeres con alteraciones de la estática pelvi-genital y los porcentajes de morbi-mortalidad dependerán de la experiencia y habilidad del cirujano.

EN NUESTROS 400 CASOS NO HUBO MORTALIDAD.

RESUMEN:

En el presente trabajo se analizan 400 casos de histerectomías vaginales, por las técnicas de HEANEY, WHEELAN y KANTER, en un período de 10 años, realizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

BIBLIOGRAFIA.

- 1— ATKINSON, et. al.: *Vaginal Hysterectomy*. *Obstet. & Gynecol.*, 1979; 771-783.
- 2— CAROLYN B. COULA Joseph: *Vaginal hysterectomy is previous pelvic operation a contraindication*. *Am. J. Obstet. & Gynecol.* Mayo 1973: 252-260.
- 3— FERROZE: R.M. *Vaginal hysterectomy*. *B.J. of Medicine*, 1977: 69-76.
- 4— GORDON C. JOHNSON: *Vaginal hysterectomy and vaginectomy in personal retrospective*. *Am. J. Obstet. & Gynecol.* Sept. 1969: 14-19.
- 5— NAVA. R. *Prolapso uterino en mujeres jóvenes*. *Rev. Mex. de Ginec. y Obstet.* Julio 1980: 441-455.
- 6— NOVAK: E.R. *Tratado de Ginecología*, 1977: 110-116.
- 7— PRADA C. DÍAZ: *Histerectomía vaginal*. (Trabajo personal).
- 8— RUBIN ALAN. *Complications of vaginal operations for pelvic floor relaxation*. *Am. J. Obstet. & Gynecol.* Agosto 1966: 972-974.
- 9— ZARCO, et. al.: *Histerectomía vaginal*. *Ginecol. y Obstet. de México*. Julio 1975: 225-239.