

Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010.

Clinical and epidemiological characteristics of patients with total abdominal hysterectomy at the Carlos Lanfranco Hospital, 2005 to 2010.

Toledo Mariño Gastby¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el hospital Carlos Lanfranco.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes sometidas a histerectomía abdominal total durante el periodo Enero 2005 a Diciembre 2010, del Servicio de Ginecología, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra. Se hizo una búsqueda sistematizada de las historias clínicas y llenado de una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines del estudio.

Resultados: Predominó el grupo de 41 a 45 años (31%), multíparas (96%), las principales características clínicas fueron: dolor pélvico asociado a sangrado vaginal (40%), sangrado vaginal (31%). La principal indicación fué: miomatosis uterina (85%), que predominó en multíparas (81%), hubo correlación con la ecografía en el 95% y con anatomía patológica en el 94%. La complicación más frecuente, fue: fiebre e infección del tracto urinario con un 6% e infección de herida operatoria (2%).

Conclusión: La indicación más frecuente para histerectomía abdominal total fué la miomatosis uterina asociada a sangrado vaginal y dolor pélvico, en especial en mujeres premenopáusicas, existiendo correlación con la ecografía y la anatomía patológica. (Rev Horiz Med 2011;11(2):70)

PALABRAS CLAVE: histerectomía abdominal total, miomatosis uterina, sangrado vaginal.

ABSTRACT

Objectives: To determine clinical and epidemiological characteristics of patients with total abdominal hysterectomy at the Carlos Lanfranco Hospital.

Material and methods: 275 patients undergoing total abdominal hysterectomy during the period 2005 to 2010 the Service of gynecology at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, Puente Piedra. The instruments used were shaped by systematic search, review of medical records and filling a data collection sheet should be drawn for the purpose of study and statistical analysis.

Results: The predominant age group was between 41 to 45 years (31%), multiparous (96%) the main clinical features was linked to pelvic pain vaginal bleeding (40%), vaginal bleeding (31%), the mayor indication was uterine myomatosis (85%), which dominates multiparous (81%), this was confirmed by ultrasound which are compatible with fibroid tumors 95% and pathology 94%, the common complication was fever and urinary tract infection with 6% and wound infection (2%).

Conclusions: The principal condition for total abdominal hysterectomy was fibroids with pelvic pain and vaginal bleeding especially in premenopausal women with correlation between echography and pathology.

The important clinical features that produce the highest rate of total abdominal hysterectomy, vaginal bleeding is linked to pelvic pain. (Rev Horiz Med 2011; 11(2):70)

KEYWORDS: Total abdominal hysterectomy, uterine myomas, vaginal bleeding.

¹ Medico Cirujano, egresado de la Facultad de Medicina Humana de la USMP.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero, ha evolucionado en el tiempo, gracias al adelanto técnico a nivel quirúrgico, de laboratorio, anestésicos y de cuidados pre y post-operatorios (1).

Es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, así; como el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en ginecología (2). En los últimos años, ha disminuido su incidencia por el empleo de otros tratamientos menos invasivos: miomectomía histeroscópica o laparoscópica, empleo de mallas para el tratamiento de los prolapsos uterinos, uso del DIU con levonorgestrel y la ablación endometrial, entre otros.

Kovac, ha considerado a la histerectomía abdominal total (HAT) como la técnica de elección en los casos de úteros miomatosos sintomáticos que precisan una adecuada exploración abdomino-pélvica o que tienen limitaciones para realizar un abordaje vaginal: útero mayor de 280 gr. y con más de 12 cm de diámetro longitudinal, vagina estrecha, falta de movilidad uterina, presencia de patología anexial (endometriosis), antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, nuliparidad, cirugía pélvica previa y malignidad (3).

Se debe considerar que la HAT es un procedimiento quirúrgico, con morbi-mortalidad y riesgos de lesión de otros órganos íntimamente relacionados con el útero; por lo tanto, como toda cirugía, sólo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria (4).

El procedimiento, permite palpar los órganos pélvicos directamente. Sin embargo, esto puede aumentar la formación de adherencias y mayor dolor durante el postoperatorio.

Se estima que los miomas o también llamados leiomiomas, se encuentran entre el 20 - 30% de todas las mujeres, predominando de los 30 a 40 años; pudiendo presentarse a cualquier edad.

La miomatosis uterina sintomática, es el diagnóstico preoperatorio más común (> 65%), afecta a una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva y se manifiesta por polimenorrea, dolor abdominal bajo y anemia (5).

Puede asociarse: infertilidad, síntomas urinarios y/o alteración del tránsito intestinal; dependiendo del tamaño, localización y número (6).

Las principales indicaciones para realizar una HAT son: anatómicas, funcionales, infecciosas, neoplasias benignas, neoplasias malignas, y de urgencias obstétricas y traumáticas (7).

La técnica que se realiza con mayor frecuencia para la remoción total del útero, es la descrita por Richardson. La que puede asociarse a una serie de complicaciones mayores:

hemorragia severa, lesión vesical, lesión intestinal, lesión ureteral, lesión vascular mayor, evento con riesgo de muerte, laparotomía no prevista, hematoma mayor y/o muerte. Determinándose como complicación menor a: hemorragia leve, hematoma menor, dehiscencia de herida operatoria, infección del sitio quirúrgico, infección de vías urinarias, infección de cúpula vaginal, absceso pélvico, morbilidad febril y/o reingreso hospitalario (8).

El riesgo operatorio, está asociado a variables como: salud general de la paciente, edad, patología de fondo, patologías asociadas a enfermedades de fondo, riesgo de tromboembolismo, experiencia del cirujano, técnica operatoria y urgencia del procedimiento.

El presente estudio; tiene como objetivo determinar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en un hospital de segundo nivel de atención, durante un período de cinco años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en una población que fué sometida a histerectomía abdominal total por el Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra de Enero 2005 a Diciembre 2010. Se estudió el 100% de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, considerando como población: toda mujer mayor de 30 años con indicación de histerectomía abdominal total con patología benigna de útero; y en los criterios de exclusión, se consideró: sospecha de adherencias peritoneales firmes, así como; pacientes con cirugía previa y con alguna complicación, pacientes con alguna morbilidad asociada: Diabetes Mellitus descompensada, obesidad (IMC \geq 30 kg/m²); riesgo quirúrgico > IV/IV y enfermedad respiratoria grave.

Para el procesamiento de datos, se definió una matriz maestra, las variables y sus respectivos valores, y el control de calidad de los datos se realizó manualmente. Para el ordenamiento y presentación de los datos, se utilizó gráficos y tablas de frecuencia, la interpretación de los resultados se realizó en base a porcentajes y todos ellos comparados con estudios actuales de investigación referentes al tema investigado.

El aspecto ético fue considerado, manteniendo en reserva la identidad de las pacientes, manejando los datos en base al número de historia clínica. Teniendo como parámetro, los códigos de ética internacional de la Organización Mundial de la Salud y los de la Declaración de Helsinki modificada en 1983.

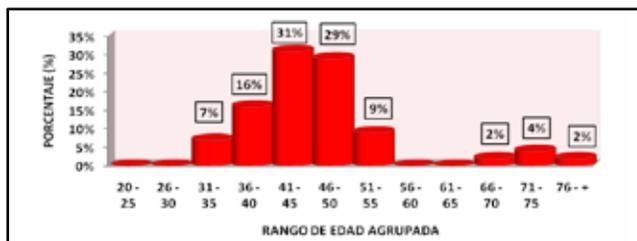
RESULTADOS

En el período de estudio, se identificaron 275 casos con histerectomía abdominal total con edad entre 41 a 45

años (85 casos), predominando con un 31%, seguido de las pacientes con 46 a 50 años (29%), siendo en mayores de 76 años, la menor frecuencia (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Distribución de pacientes sometidas a HAT, según grupo etario



La mayoría, estaba casada (46%), 75 refirieron ser convivientes (27%), solteras fueron 45 (16%), divorciadas 20 casos (7%) y viudas: 10 (4%). El grado de instrucción mayor fue secundaria completa con 100 casos (36%), primaria con 75 casos (27%), secundaria incompleta con 65 casos (24%), superior con 30 casos (11%) y 5 casos de analfabetismo (2%). El distrito de procedencia que predominó con 150 casos, fué Puente Piedra (55%), seguido del distrito de Los Olivos (55%) (Tabla 1).

TABLA 1

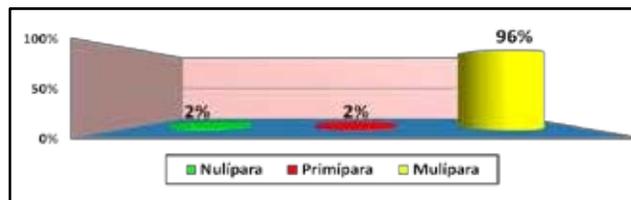
Distribución de pacientes sometidas a HAT, según características sociodemográficas

ESTADO CIVIL	Cantidad (n)	Porcentaje (%)
Soltera	45	16
Casada	125	46
Conviviente	75	27
Divorciada	20	7
Viuda	10	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	5	2
Primaria	75	27
Secundaria incompleta	65	24
Secundaria completa	100	36
Superior	30	11
LUGAR DE PROCEDENCIA		
Puente Piedra	150	55
Los Olivos	40	14.5
Callao	25	9
Cercado de Lima	25	9
Ancón	15	5.5
Provincia	20	7
TOTAL	275	100

265 fueron multíparas (96%), 5 primíparas y 5 nulíparas (2%) (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

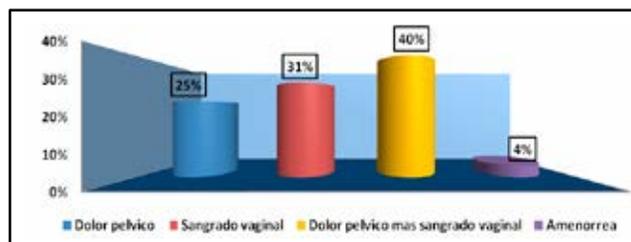
Distribución de pacientes sometidas a HAT, según paridad



La principal característica clínica (110 casos) fue el dolor pélvico con sangrado vaginal (40%), seguido de sangrado vaginal (31%), dolor pélvico (25%) y amenorrea en 10 casos (4%) (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

Distribución de pacientes sometidas a HAT, según características clínicas



235 pacientes, fueron operadas por miomatosis (85%), siendo la mayoría multíparas (81%). En 5 de ellas, se tuvo como antecedente el diagnóstico de miomatosis + NIC (2%) y 15 casos de NIC sin miomatosis (6%), la enfermedad inflamatoria pélvica fue diagnosticada en el 4%, acretismo placentario en 5 casos (2%), y distopia genital (2%) (Tabla 2).

TABLA 2

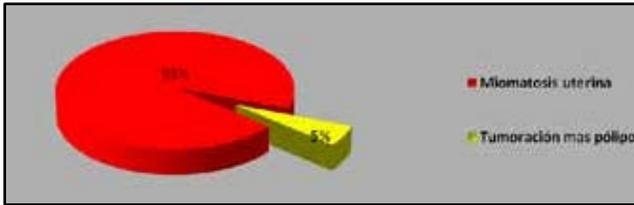
Distribución de pacientes sometidas a HAT, según patología uterina frecuente vs paridad

Dx DE PATOLOGIA UTERINA VS PARIDAD	Nulípara		Primípara		Multípara	
	N	%	N	%	N	%
Nº de Hijos	5	2	5	2	265	96
Dx. Miomatosis	5	2	5	2	225	81
Dx. Miomatosis + NIC	0	0	0	0	5	2
Dx. NIC	0	0	0	0	15	6
Dx. EPI	0	0	0	0	10	4
Dx. Acretismo Plac.	0	0	0	0	5	2
Dx. Distopia Genital	0	0	0	0	5	2

Los hallazgos ecograficos en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total mostraron: 260 casos de pacientes con miomatosis uterina (95%) y tumoración más pólipo en 15 casos (5%) (Gráfico 4).

GRÁFICO 4

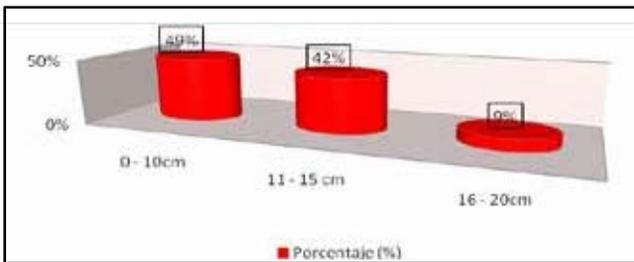
Distribución de pacientes sometidas a HAT, según hallazgos ecográficos



El tamaño uterino menor a 10 cm se diagnosticó en 135 casos (49%), en 115 pacientes fué de 11 a 15 cm (42%) y en 25, el tamaño uterino fue muy voluminoso, de 16 a 29 cm (9%) (Gráfico 5).

GRÁFICO 5

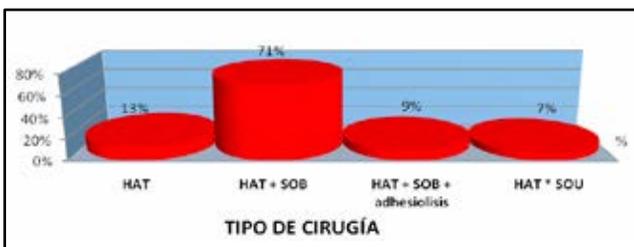
Distribución de pacientes sometidas a HAT, según tamaño uterino



De todas las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total, 195 casos tuvieron histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral (71%), seguido con 35 casos de solo histerectomía abdominal total, 25 casos de histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral más adhesiolisis (9%), e histerectomía abdominal más salpingooforectomía unilateral en el 7% (Gráfico 6).

GRÁFICO 6

Distribución de pacientes sometidas a HAT, según tipo de cirugía



Entre las complicaciones post operatorias más frecuentes, 15 tuvieron fiebre por ITU (6%), 5 con infección de herida operatoria (2%), deshiscencia de herida y hematoma de pared, 3 casos (1%) respectivamente.

La anatomía patológica, en 260 casos mostró la presencia de leiomioma (94.6%), seguido de 15 casos de pólipos y adenomiosis (5.6%).

DISCUSIÓN

La histerectomía es un procedimiento de cirugía mayor, indicada en procesos ginecológicos tanto benignos como malignos. Las vías tradicionales de abordaje han sido la abdominal y la vaginal, la elección de cada una de ellas está influida por la edad, paridad de la paciente, el tamaño uterino, la existencia de patología anexial y la benignidad o malignidad del proceso. A pesar que cada una de estas vías tiene indicaciones específicas, otras; sólo dependen de las preferencias y habilidades del cirujano.

Nuestro estudio, evidenció un incremento en la demanda del Servicio de Ginecología, en su mayoría por trastornos y/o enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos y de patología benigna, muchas de las cuales requieren de una histerectomía abdominal total.

La población en su mayoría fue adulta madura, predominando el grupo de 41 a 45 años (31%), premenopáusicas; datos muy semejantes a los hallados por Socola (Cuzco) quién encontró una media de 42 años (9) y a los de Vesperinas, quién en 117 pacientes sin prolapso uterino, predominaron: multíparas, premenopáusicas con un promedio de edad de 44 años (10).

El dolor pélvico, unido a sangrado vaginal fueron los síntomas más frecuentes (40%), ocurriendo sangrado vaginal y dolor pélvico de manera independiente en otro grupo de pacientes. Sintomatología que por su característica, motivó a la paciente a acudir a la consulta ginecológica.

El examen ginecológico fué determinante en el diagnóstico y la decisión para programar la histerectomía abdominal total. Siendo la miomatosis (85%), la de mayor indicación, tal como también halló Jiménez (6) quién además, asoció como motivo de consulta el dolor abdominal y la hemorragia uterina anormal.

Al evaluar el tamaño del útero, se encontró que casi la mitad de las pacientes tenían sintomatología con menos de 10 cm (49%), lo que nos permite observar que el tamaño no fué el principal criterio para indicar una histerectomía. Considerando la alteración de la morfología uterina como principal motivo de indicación quirúrgica. Datos confirmados por hallazgos ecográficos y anatomía patológica (95%).

Paulina Merino O, y col (2), realizaron 5,683 histerectomías, diagnosticando en 4,275: lesiones de origen no epitelial, principalmente, leiomiomas uterinos y adenomiosis.

García Miguel y col (11), tuvieron una prevalencia de 36 a 45 años con un 38,0 % y 55,2 % respectivamente. La principal indicación para histerectomía fué el mioma uterino para ambas vías. Zapata (12), en un estudio anatómo-patológico de las histerectomías realizadas por leiomiomatosis uterina halló predominancia en el grupo etario de 41 - 45 años (39.8%), el 32.30% tuvo una paridad de 4, el 100% de

pacientes tuvieron como criterio diagnóstico pre quirúrgico el examen clínico y la ecografía transvaginal; en el 65% se confirmó el diagnóstico de leiomiomatosis por anatomía patológica, concluyendo que las múltiparas tuvieron la mayor prevalencia de leiomiomatosis, (15%), lo que fué confirmado por anatomía patológica.

El tipo de cirugía de mayor elección fue la HAT más salpingooforectomía bilateral (71%), tal como publicó Barrero y col (13) en cirugía electiva, en pacientes con miomatosis (13).

En cuanto a las complicaciones, un gran porcentaje de pacientes (85%) no presentó complicaciones postoperatorias, pero si se consideró, dentro de las complicaciones más importantes a pesar de una atención quirúrgica óptima, la fiebre y la infección de tracto urinario, las cuales no tuvieron mayor relevancia, ya que se asociaron de manera independiente al procedimiento.

Hubo un bajo porcentaje de infección de herida operatoria, lo que puede indicarnos que se tuvo parámetros de asepsia aceptables durante todo el procedimiento.

Resultados muy semejantes a los de Carpio (8), quién halló la infección del sitio quirúrgico en un 7,6 % y la infección de las vías urinarias en 5,8 %.

Teniendo en cuenta que la miomatosis uterina, es una patología frecuente en las mujeres premenopáusicas y que cada vez es mayor el porcentaje de mujeres en esta etapa, estamos obligados a revisar la o las indicaciones para realizar una histerectomía abdominal total, basados en la evidencia.

Se concluye, que la indicación más frecuente para histerectomía abdominal total fue la miomatosis uterina asociada a sangrado vaginal y dolor pélvico, en especial en mujeres premenopáusicas, existiendo correlación con la ecografía y la anatomía patológica. Presentándose una baja morbilidad (6%) asociada a ITU e infección de herida operatoria (2%).

Correspondencia:

Gastby Toledo M.

Dirección: Av. El Corregidor 1531, La Molina.

Lima – Perú

Teléfonos: 365-2300, 365-2574, 365-3640

Fax: 365-0487

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solà D, Ricci A, Pardo S, Guiloff F. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 364-372.
2. Merino O, Doren V, Sáez O, Valenzuela M, Etchegaray B, Gejman E, et al. Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino

- en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un hospital clínico universitario. Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(1): 15-29.
3. Berek J. Ginecología de NOVAK. 14ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México; 2007.
4. Rodríguez H, Vera F. Comentarios y reflexiones sobre la histerectomía abdominal simple (total vs subtotal). Rev Cubana Obstet Ginecol 2009; Sep; 35(3).
5. Rodríguez M, Castro A, Pascual S, Juárez B, Solís M, et al. Cirugía ginecológica mayor de corta estancia y mínima invasión: histerectomía vaginal con Biclamp termofusion en pacientes sin descenso uterino vs histerectomía total abdominal. Rev Esp Med Quir 2009; 14: 121-124.
6. Felipe O, Martínez V, Martín R MD, Herrera de la Muela M, López Salvá A. Histerectomía abdominal vs vaginal en el tratamiento quirúrgico del útero miomatoso. URL disponible en: <http://www.e-archivos.org/e-AGO200902/HV.pdf> (fecha de acceso: 4 de febrero del 2011).
7. Parra P, Sedano M, Corvalán J, Roos A, Bezama P, y col. Histerectomía laparoscópica. Rev Obst Ginecol Hosp S Oriente 2007; 2(3): 203-208.
8. Carpio L, Garnique M. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. Rev Per Ginecol Obstet. 2009; 55:266-272.
9. Socola F, Mendoza C, Tone J, Escudero F. Efecto de la histerectomía con preservación de uno o dos ovarios sobre la concentración de estradiol en mujeres pre menopáusicas. Rev Med Hered 2009; 20:97-102.
10. Vesperinas A, Rondini S, Troncoso R, Morán V, Levancini A, Avilés Z, et al. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(2): 73-78.
11. García R, Romero S. Histerectomía: Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. Rev Cub Obstet Ginecol 2009; Jun; 35(2).
12. Zapata V. Correlación clínica anatómo patológica de las histerectomías por leiomiomatosis uterina. Tesis para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima, Perú, 2009.
13. Barrero P, Barrero V, Alonso M, García M, Vargas V, et al. Correlación anatomopatológica de las hiperplasias endometriales antes y después de la histerectomía. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73(2): 91-97.