

TEMA DE REVISION:

VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO Y ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Drs.: Jorge Vidal Amat y León*, Jorge Enrique Vidal Olcese**

INTRODUCCION

Se ha considerado este tema de revisión por ser una de las operaciones más frecuentes realizadas por el ginecólogo y encontramos muy pocos trabajos en los cuales se aborda las complicaciones por una Histerectomía difícil, por lo que creemos que esta revisión pueda ser de utilidad a nuestros lectores, en especial a los que inician su actividad quirúrgica en la especialidad.

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico sistemático, bien reglado en sus pasos de abordaje, es con frecuencia una operación programada, que en casos de mujeres jóvenes tienen sus implicancias en la esfera sexual y concomitantemente en el aspecto psicológico.

En esta intervención dentro de las más frecuentes de la especialidad, se deben tomar en cuenta las posibles complicaciones post operatorias de la Histerectomía cada vez que se efectúa esta operación.

Valoración del Riesgo Quirúrgico:

Hecho el diagnóstico de la indicación operatoria se debe considerar:

1. Estado general de la paciente.
2. Valoración hematológica.
3. Edad de la paciente. Dada la trascendencia de que en una mujer joven que no ha completado su vida reproductiva significa perder todas las posibilidades

de gestación, debiendo estar bien informada de las consecuencias de dicha intervención.

En una mujer pre menopáusica y post menopáusica, es un tema de discusión la intervención de la ooforectomía profiláctica, lo cual consideramos que en una mujer entre los 40 y 50 años de edad con ovarios normales, se debe conservarlos, y ante una duda de posible patología de ellos realizar biopsia congelación. Ante una patología evidente se debe proceder a la ooforectomía. Tema que como lo hemos manifestado es motivo de discusión de la conducta con los ovarios frente a la histerectomía, que no es motivo de la presente revisión.

4. Estado de hidratación: debe realizarse un balance de líquidos y electrolitos, sobre todo en la paciente en que es sometida a una Histerectomía de urgencia
5. Evaluación cardiovascular.
6. Estudio ecográfico pélvico.
7. En algunos casos de sospecha de patología tumoral a nivel de vías urinarias ó intestinal efectuar: pielografía excretoria y radiografía de tránsito intestinal.
8. Radiografía de pulmones en pacientes con antecedentes de patología pulmonar.
9. El estudio citológico de Papanicolaou es de primer orden, al igual que la biopsia de cuello uterino, con estudio colposcópico, en caso de lesión de cérvix, y la biopsia endometrial, orientan a la precisión diagnóstica, ya que si se trata de una neoplasia de cuello uterino en estadio IA ó IB, la extensión de la cirugía sería a una operación tipo Wertheim o Operación de Meigs es decir una

* Past. Presidnte S. P. O. G. Director Rev.

** Médico Serumista UNMSM.
Trabajo presentado en el:
XI Congreso Ecuatoriano y V Jornadas Bolivarianas de Ginecología y Obstetricia, Noviembre - 1992, Loja - Ecuador.

Histerectomía total con linfadenectomía pélvica bilateral, o en caso de un adenocarcinoma de endometrio debe ir precedido de radium intracavitario, de acuerdo a estadio clínico.

10. La limpieza del cuello uterino previa a la Histerectomía es un paso obligado antes de la intervención, la cual debe hacerse con espejito, única manera de tener una vagina y cuello limpio.

Son estos pasos previos que nos van a evitar posibles complicaciones.

Las complicaciones de la Histerectomía abdominal pueden ser: médicas y quirúrgicas, señalaremos brevemente las complicaciones médicas:

COMPLICACIONES MEDICAS (3)

1. Desequilibrio hídrico y electrolítico. Se debe estimar cuidadosamente la pérdida de líquidos y electrolitos durante la cirugía y habrá de reponerse de acuerdo a un balance hídrico.
2. Shock hemorrágico: sucede cuando el volumen sanguíneo disminuye notablemente.
3. Shock séptico que depende del efecto de una endotoxina sobre los músculos de los vasos. Debe pensarse en todos los casos en los cuales hay infección y se efectúa histerectomía por aborto séptico.
4. Shock neurogénico que resulta cuando se pierde la regulación del sistema simpático, lo cual afecta la resistencia de los vasos sanguíneos con pérdida de volumen de sangre circulante hacia las arteriolas y venulas dilatadas.
5. Shock cardíogeno cuando el corazón es incapaz de impulsar con fuerza suficiente para conservar el volumen sanguíneo circulante.
6. Complicaciones pulmonares: Atelectasia originada por aumento de las secreciones bronquiales y que origina colapso de alveolos distales.
7. Bronconeumonía: Neumonía por aspiración: ocurre en mujeres con enfermedad crónica ancianas y debilitadas por lo regular sometidas a anestesia general.

8. Embolia pulmonar: frecuente en mujeres obesas, ancianas, en pacientes con antecedentes de flebitis. El cuadro clínico dependerá del calibre y el sitio del embolo, como síntomas clínicos, aparece: disnea, polipnea, frecuencia rápida del pulso, fiebre.

COMPLICACIONES URINARIAS (3)

Las lesiones del aparato urinario son las más frecuentes cuando hay dificultades técnicas con la Histerectomía, como las adherencias, masas tumorales que deforman la anatomía, y en los casos de endometriosis.

La lesión vesical inmediata:

Puede ocurrir al abrir el abdomen, particularmente cuando la vejiga se ha desplazado hacia arriba por cirugía previa o al separar la vejiga del cuello uterino. Todas las lesiones deben repararse inmediatamente con planos separados y con catgut crónico 00. Los puntos no deben entrar en la cavidad de la vejiga.

Cuando la vejiga se ha lesionado, y reparado, se deja puesta la sonda de Foley durante 7 días y se administra antibióticos con fines profilácticos.

Lesión ureteral inmediata:

Puede suceder cuando, hay: Endometriosis intensa, enfermedad inflamatoria pélvica crónica y adherencias, por lo que se debe recordar siempre el trayecto del ureter. Es probable que la lesión ocurra cuando el cirujano trata de dominar la hemorragia de magnitud que no esperaba. Para evitar la lesión es necesario identificar las estructuras antes de pinzarlas y suturarlas. La lesión del ureter ocurre por pinzamiento, o ligadura ó ambas cosas, ante una lesión del ureter se debe recurrir a la ayuda del urólogo.

Lesión vesical tardía:

La lesión de la pared vesical puede ocurrir después de pinzarla, cortarla o suturarla. Cuando sobreviene necrosis se aprecia el daño. La paciente presentará aumento del flujo vaginal, a menudo concomitantemente con fiebre. La fistula se diagnóstica al colocar un tapón en la vagina y administrar tabletas de azul de

metileno, apreciándose la mancha azulada. Una fistula pequeña de menos de 5mm puede tratarse por drenaje vesical durante dos, o tres semanas. Las que no se cierran espontáneamente así como las fistulas más extensas, deben someterse a tratamiento quirúrgico. Tiene más éxito, un procedimiento tardío 6 a 9 meses donde ya no hay edema e infección.

Fistula Ureteral Tardía: En caso de aparecer fistula, se presentará en forma de escurrimiento en la vagina cinco a diez días después de la operación. La pielografía excretoria permitirá precisar la extensión de la lesión de las vías urinarias, la citoscopia permite introducir una sonda ureteral. Hecho el diagnóstico la reparación quirúrgica debe ser efectuada por el urologo.

Disminución de la secreción de orina: Resulta de:

- a. Problemas pre renales con perfusión insuficiente de los riñones.
- b. Lesión aguda de los tubulos renales.
- c. Obstrucción post renal.

El tratamiento guarda relación con la presión venosa central.

El daño tubular agudo depende de hipotensión grave, traumatismo intenso y transfusión de sangre incompatible. La obstrucción renal debe tratarse rapidamente, pues la que dura más de una semana casi siempre origina daño permanente de los riñones. El diagnóstico se hace por pielografía intravenosa y cateterismo retrogrado.

Retención de orina: (3)

La incapacidad de orinar después de la histerectomía es problema corriente, que guarda relación directa con manipulación de vejiga y ureter, interrupción de vías nerviosas, dolor post operatorio e infección, además de los casos de anestesia epidural en que se bloquea el estímulo urinario vesical, por lo que se recomienda retirar la sonda a las 24 horas post operatorio y facilitando la deambulacion temprana.

Las infecciones urinarias:

Son frecuentes después de la histerectomía, el uso de sondas, traumatismo de vejiga por las valvas de separación predisponen a la infección.

COMPLICACIONES VENOSAS

Flebotrombosis y tromboflebitis, causadas por:

- a. Aumento de la coagulabilidad sanguínea.
- b. Estasis venosa.
- c. Daño de la tunica íntima.

Se debe considerar desde el punto de vista profiláctico el uso de vendas elásticas, en los casos sencillos, pero casos complicados el uso de anticoagulantes es imprescindible pues evita la formación de coágulos y ayudan a disolver los ya formados reduciendo la frecuencia de embolia siendo la heparina el fármaco fundamental. Casos complicados se debe recurrir al cirujano vascular para la posibilidad de trombectomía.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES (1)

Náuseas y vómitos son los más frecuentes después de la histerectomía por vía abdominal.

Ileo paralítico:

Paciente con abdomen distendido y timpánico, ausencia de ruidos, causado por la manipulación intestinal, se debe tratar con hidratación parenteral, equilibrando los electrolitos, proporcionar estimulantes del peristaltismo, suspendiendo la vía oral y facilitando la deambulacion precoz.

Obstrucción intestinal:

Producidas por bridas adhesivas, traumatismo intestinal, infección y no peritonizar adecuadamente, a causa de la obstrucción aumenta el peristaltismo se acumula gas en la porción proximal del intestino y este se dilata, lo cual secuestra abundante líquido que es extraído de la circulación, hay falta de movimientos intestinales, hay vómitos, síntomas que requieren la intervención del cirujano general.

El diagnóstico se confirma por radiografía la cual revela niveles hidroaeroc.

COMPLICACIONES DE LA HERIDA

Hay factores que predisponen a la infección como,

la obesidad, diabetes, presencia de infección al operar, contaminación durante la cirugía, anemia, estas pacientes tendrán fiebre que generalmente empieza al tercer o quinto día de la operación y la herida estará dolorosa, hinchada y rojiza.

Dehiscencia, factores predisponentes:

Edad, hipoproteinemia, anemia, infección de la herida, hemostasia deficiente, herida suturada inadecuadamente.

Peritonitis:

Debido a la contaminación severa, presencia de sangre en cavidad, contaminación con gérmenes aeróbicos y anaeróbicos.

Granulosa de vagina:

El cual se presenta en la cúpula vaginal que puede originar un pequeño sangrado, leucorrea, de solución simple mediante extirpación con pinza de Gaylor o mediante cauterización.

Dispareunia:

La vagina se acorta algo. Esto es factor de coito doloroso, lo cual es transitorio a la adaptación de la vaginal a la función sexual. Debe ser ayudada por terapia estrogénica.

Es necesario que dentro de las complicaciones de la Histerectomía abdominal considerar el trauma de la mujer en el aspecto sexual, lo cual es el resultado de una mala información al haberse visto privada del útero. Debe ser desvirtuada por una explicación concienzuda del cirujano tratante.

La Histerectomía difícil: (8)

Una histerectomía abdominal, se toma difícil cuando se violan los principios generales de la cirugía, por ejemplo no obtener una exposición adecuada o hemostasia apropiada puede hacer de cualquier operación una labor difícil. Hay tres factores generales que exceden del control del cirujano y que toman difícil la histerectomía:

1. Aumento de la vascularidad pélvica.
 2. Adherencias pélvicas extensas.
 3. Alteraciones de la anatomía pélvica por crecimiento tumoral.
1. El riego vascular de útero y anexos aumenta por embarazo, anticonceptivos, conización reciente de cuello uterino, tumores benignos o malignos, endometriosis y procesos inflamatorios pelvianos agudos o crónicos. Con cualquiera de estos factores, se presentará problemas de hemostasia y puede esperarse que la histerectomía sea proporcionalmente difícil.
 2. Las adherencias pélvicas en enfermedad inflamatoria pelviana crónica y extensa, después de cirugía, radiación, endometriosis o diverticulitis. Las adherencias causan deformación o diverticulitis. Las adherencias causan deformación anatómica, que aumenta el peligro de lesión de ureter, vejiga e intestino, pues estas estructuras a menudo guardan entre si relaciones no corrientes. La disección necesaria para despegar las adherencias suele alargar el tiempo operatorio, aumentar la pérdida de sangre y oscurecer los límites anatómicos normales de vísceras adyacentes, lo cual dificulta la histerectomía.
 3. Los cambios de la anatomía pélvica causados por crecimiento tumoral puede ocurrir en enfermedad benignas y malignas. Los miomas y los quistes ovaricos voluminosos pueden oscurecer de manera completa las vísceras y es necesario extraerlos antes de la histerectomía. Son particularmente laboriosos la extirpación de tumores intraligamentarios que según el sitio de origen pueden desplazar al ureter y los vasos sanguíneos uterinos en distintas direcciones.

COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA

La causa mas frecuente de hemorragia durante la histerectomía abdominal es la perdida de la arteria uterina por retracción dentro de la base del ligamento ancho, complicación que puede ser causada por retracción de los vasos uterinos entre las ramas de las pinzas

al seccionar y ligar el ligamento cardinal. Para evitar esta dificultad hemorrágica, se aconseja la técnica quirúrgica de colocar tres pinzas en los vasos uterinos. Las pinzas curvas de Oschner son particularmente útiles para pinzar los vasos uterinos y asegura que no ocurra retracción del pedículo vascular, cuando por accidente escapa cuando se utiliza dos pinzas. En algunos casos el solo intento de pinzar la arteria uterina que sangra dentro de las hojas del ligamento ancho puede ser condicionante de lesionar el ureter por lo que se aconseja disminuir la hemorragia aguda por comprensión manual de la arteria iliaca primitiva o iliaca interna para descubrir adecuadamente el vaso y así se evita hacer hemostasia a ciegas evitando el peligro de pinzar el ureter. Es la hemorragia de los vasos uterinos la causa mas frecuente de traumatismo de la porción pélvica del ureter lo cual depende de la relación anatómica que guarda el ureter con los vasos uterinos en esta región de la pelvis.

Debemos tener presente en la histerectomía Abdominal los principios generales de la cirugía, anatomía pélvica y técnicas quirúrgicas especiales. Es necesario tener presente todas las complicaciones que pueden resultar de una histerectomía difícil y que se requiere pericia quirúrgica necesaria para

identificar, corregir los problemas que se puedan presentar.

El ginecólogo que completa una Histerectomía difícil, con intranquilidad e incertidumbre acerca de si ha lesionado o no ha lesionado las vías urinarias o el intestino es un hombre verdaderamente preocupado. Todas estas tensiones se deben evitar revisando cuidadosamente el campo operatorio en forma sistemática antes de cerrar el abdomen: trayecto del ureter, la ligadura del infundíbulo pélvico, la cupula vaginal, intestino y ante cualquier eventualidad de accidente quirúrgico solucionarlo, de inmediato.

RESUMEN (1)

El principio de no dañar, principio general que vale en todas las disciplinas, continua siendo una guía para la valoración y criterios clínicos. La preparación quirúrgica meticulosa y el estudio pre-operatorio cuidadoso la técnica quirúrgica meticulosa y reglada, seguidos por un tratamiento, post operatorio intensivo y sistemático basado en principios fisiológicos firmes, harán que la paciente tenga la máxima oportunidad para una evolución post operatoria con mínimas complicaciones.

REFERENCIAS

1. Barber Hugh R. K., Graber Edward A.: El apto intestinal en relación con la Obstetricia y Ginecología. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas. pag. 671-1972.
2. Burchell R. E.: Arterial physiology of the human female pelvis. Obst. Gynecol 81-85. 1968.
3. Carl J., Levinson: Complicaciones de la histerectomía. Clínicas Obst. y Ginecológicas. pag. 802. Stbre. 1972.
4. Chunga Ramírez Luis. Ts. Bach. M. UPCH. 1983.: Histerectomía abdominal. Rev. de 272 casos. H. A. L.
5. Disaia Philip J., Creasman William T.: Ginecología Oncológica. 3er ed. 1989.
6. Hanlon C. R. y William V. L.: Technical factors in control of bleeding at operation, bleeding in the surgical patient. New York. Julio 1964.
7. León Tanger M.: Histerectomía Abdominal total. Clínicas Obst. y Ginec. Stbre. 1972.
8. Mattingly Richard F., Friedrich Edward jr.: Histerectomía difícil. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas pag. 787. 1972.
9. Meigs J. V.: Surgical treatment of cancer of the cervix New York. Grune and Stratton pag 45. 1954.
10. Te Linde R. W. y Mattingly R. F.: operative 4ta Ed. Philadelphia. J. B. Lippincolt Co, pag 278. 1970.