Cirugía Ginecológica

ENTIDADES PARTICIPANTES

—Clínica David Restrepo,
Doctor Roberto Vergara T.
—Clínica San Pedro Claver I.S.S.,
Doctor Enrique Duplat Y.
—Hospital de la Samaritana,
Doctor Humberto H. Correa
—Hospital de San Ignacio,
Doctor Alberto Angulo R.
—Hospital de San José,
Doctor Alberto Villaneda S.
—Hosp. Infantil "Lorencita de Santos",
Doctor Jaime Pedraza G.
Doctor Jaime Ruíz A.
—Hospital Militar Central,
Doctor Uriel Acero R.
—Instituto Nacional de Cancerología,
Doctor Germán Jordán
Doctor Alvaro Caicedo
—Instituto Materno Infantil,
Doctor Guillermo González
Doctor Arturo Rodríguez S.
—Coordinador General,
Doctor Roberto Jaramillo U.

1. INTRODUCCION

La Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología ha tenido a bien encomendarnos la elaboración del relato "CIRUGIA GINECOLOGICA" asignado a ella al terminar el XII Congreso Colombiano de la especialidad llevado a cabo en Medellín hace dos años.

Este tema, por sí solo capaz de llenar todo un Congreso de la especialidad, es verdaderamente apasionante y constituye uno de los pilares que han hecho que progrese de manera tan acelerada la Gineco-Obstetricia, no sólo en el campo de la cirugía de exéresis sino también en el campo de la cirugía reparadora.

Reunido el Comité asignado por la Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología para tal efecto, comité en el que estaban representados todos y cada uno de los centros hospitalarios de Bogotá, se resolvió hacer un estudio objetivo y práctico de la Cirugía Ginecológica en nuestra ciudad. Para tal efecto se elaboró y procesó, en primer lugar, una encuesta en la cual se preguntaba a cada uno de los nueve hospitales participantes en el estudio sobre las normas pre-operatorias y principales aspectos relacionados con el acto quirúrgico y el post-operatorio, con el fin de saber en qué terreno estábamos situados y cuál o cuáles eran las modalidades de trabajo en cada sitio, con el objeto de buscar en el futuro, unificar conceptos si ello fuera posible y así poder recomendar y establecer unas normas generales para el correcto manejo de la paciente ginecológica sometida a cualquier clase de intervención quirúrgica.

En segundo lugar se elaboró un cuestionario en el cual se analizaban las intervenciones quirúrgicas realizadas en estas nueve instituciones hospitalarias y se correlacionaban los diagnósticos, quirúrgicos y anatomopatológicos entre sí, con el tipo de intervención realizada,

la preparación pre-operatoria y la evolución post-operatoria; la morbi-mortalidad y algunas modalidades especiales en los post-operatorios tales como el uso de antibióticos, transfusiones, sondas vesicales, dieta, etc.

Una vez obtenida la información y gracias al entonces Director General del ISS, doctor Alberto Vejarano Laverde, quien autorizó que la División de Sistematización del ISS se encargara de analizar y llevar a la computadora todos estos datos, se obtuvieron los resultados generales de la encuesta, que ha servido de base para la presente ponencia y que presentamos a los señores congresistas como una contribución de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología a este XIII Congreso Colombiano. Sea esta la oportunidad para agradecer al personal de la División de Sistematización del ISS que intervino directamente en la elaboración y procesamiento de los datos suministrados por nosotros: ingenieros José Luis Marciales Santos, director de la División, Rocío Tafur, Jair Ramírez, Danilo Maldonado y Amín Muñoz, quienes con su desinterés y dedicación hicieron posible la terminación oportuna del proceso.

Igualmente debo agradecer al Centro de Medios Audiovisuales de la Universidad Nacional por su colaboración en la elaboración de las diapositivas con que se ilustra el presente trabajo.

Breve reseña histórica

En el inmenso campo de la medicina aparece la Ginecología como una especialidad joven, lo mismo que la Obstetricia practicada por médicos y no por comadronas como era lo usual. La ginecología era la hermana menor de la cirugía general que la llevaba de la mano, hasta que un día creció y se independizó con la creación, el 22 de enero de 1869 en Boston, de la "Sociedad de Ginecología", y el 3 de junio de 1876 de la primera organización Americana de Ginecología. Posteriormente se fundaron en Europa y en Suramérica sociedades similares.

Remontándonos brevemente a la antigüedad, los primeros escritos sobre temas Gineco-Obstétricos datan del papiro de Evers, en Egipto, donde la medicina había alcanzado gran adelanto. Esto ocurría hace 3.500 años. La obstetricia estaba en manos de comadronas quienes practicaban la operación cesárea, según el papiro de Kahun, 1.850 años antes de Jesucristo; pero en realidad el que practicó la primera operación cesárea fue el suizo Jacobo Nufer, un castrador de cerdos que en el año 1500 la realizó en su mujer con éxito, pues tuvo varios hijos después y murió a la edad de 77 años. Las primeras operaciones cesáreas descritas detalladamente con la técnica de la época, fueron practicadas en 1851 por Francisco Rousset en Francia y en 1610 por Trautmanns en Alemania.

Entre nosotros, dice el doctor Fernando Sánchez Torres, "es probable que se llevara a cabo la cesárea postmortem a principio del siglo XIX en muchas partes del territorio nacional, pero sólo quedó testimonio de los "Padres Camilos de la Buena Muerte", que la ejecutaron varias veces en su institución en la ciudad de Popayán".

La primera operación cesárea en madre viva fue practicada en el barrio La América de Medellín por el doctor José Ignacio Quevedo, bogotano de nacimiento, en la señora Ana Joaquina Echavarría de P. en 1844 y con pleno éxito. Fue la primera en América Latina y la tercera en el Nuevo Mundo.

La primera ovariectomía de la cual se tiene conocimiento auténtico, fue practicada por el doctor Efraín Mc Dowell en Danville, Kentucky, quien operó el 25 de diciembre de 1809 a Juana Todd con feliz resultado.

En el Hospital de San Juan de Dios, el 3 de octubre de 1864, el Profesor Leoncio Barreto practicó la primera

ovariectomía con buen resultado, así como también la primera sinfisiotomía en 1873.

La primera histerectomía vaginal de que se tenga noticia la practicó Sorano de Efeso en el siglo II y luego en 1517 fue practicada por Berengario de Carpi. Se volvió a practicar con mejores resultados y técnicas en 1783 por Marshall en Inglaterra. Las primeras histerectomías abdominales fueron practicadas por Heath en 1843, por Clay en Manchester en 1844 y por Bellinger en 1846.

Entre nosotros debemos recordar al eminente cirujano y Ginecólogo doctor Juan Evangelista Manrique quien en 1887 practicó la primera histerectomía abdominal y en 1888 la primera vaginal con buenos resultados.

La operación de Manchester fue ideada por el Profesor Archibald Donald de Manchester, quien la practicó en el año de 1888; 3 años más tarde fue modificada por el Profesor Fothergill y por esta razón lleva también el nombre de Donald-Fothergill.

En la década del 40 el Profesor Arturo Aparicio J. introdujo esta técnica entre nosotros, pues antes se practicaba casi exclusivamente la operación de Halban para corregir los prolapsos.

La independencia de la Ginecología de la Cirugía General, en Colombia, se efectuó en 1903 cuando se convirtió en Cátedra independiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y fue regentada con brillo por el Profesor Rafael Ucrós Durán. También en Antioquia brilló la Ginecología bajo la dirección de los sabios y prestigiosos ginecólogos doctores Juan B. Montoya y Flórez y Gil J. Gil, éste último fundador de la cátedra en 1928.

En Cartagena, el profesor Napoleón Franco Pareja fue el gran impulsador de las disciplinas ginecológicas.

En los años 40, como lo anota en su magnífico libro **Historia de la Obstetricia y Ginecología en Latinoamérica**, el doctor Fernando Sánchez Torres, "comienzan a descollar en Bogotá dos ginecólogos formados en el exterior, no ya en la escuela de la exéresis sino en lo de lo funcional y reparador. Nos referimos a los profesores Humberto H. Correa quien cumplió una meritísima labor como catedrático de Ginecología de la Universidad Javeriana y el doctor Arturo Aparicio Jaramillo quien sucedió en la Cátedra de Ginecología de la Universidad Nacional al profesor Carlos Tirado Macías; bajo su dirección, como era de esperarse, la Ginecología quirúrgica fue estrechándose para dar campo a la Ginecología médica. Lo acompañaron en esta tarea los doctores Daniel de Brigard y Roberto Serpa".

Debemos mencionar con respeto y admiración la recia figura del profesor Pedro Nel Cardona eminente ginecólogo de Medellín, que fue el sucesor en la cátedra de los profesores Montoya y Gil.

Todos estos profesores han contribuido a formar las nuevas promociones de ginecólogos que han seguido las pautas de honorabilidad y rectitud de sus maestros dándole brillo a la especialidad.

1. Normas preoperatorias

Para enfrentar un acto quirúrgico creemos que es necesario llenar una serie de requisitos. El cirujano debe tener no solamente una excelente preparación clínica sino que, además de un entrenamiento y una técnica quirúrgica depurada, debe ser un profundo conocedor de la anatomía y de las relaciones que guardan entre sí todas las estructuras.

La paciente debe llegar al acto quirúrgico en las mejores condiciones para que pueda afrontar la cirugía con el máximo de seguridad y las mayores posibilidades del éxito.

1.1. **Laboratorio**

A la paciente se le deben solicitar exámenes de laboratorio básicos, sin caer en excesos y según sus antecedentes clínicos. Creemos que es importante que se unifiquen los conceptos al respecto puesto que, como se desprende del estudio de la encuesta, no hay un concepto unificado.

Consideramos punto de especial importancia el solicitarle a la paciente una citología tumoral de manera rutinaria.

A las pacientes mayores 40-45 ó 50 años, según las diferentes instituciones encuestadas, se les debe solicitar además del laboratorio básico un electrocardiograma, una placa radiográfica de tórax y una interconsulta con el internista y/o anestesista para valorar el riesgo quirúrgico.

1.2. En relación con otras medidas preoperatorias se discute el beneficio del uso de los estrógenos en las pacientes post-menopáusicas y se tiene el concepto unánime de que no se deben usar antibióticos profilácticos.

1.3. Una medida que en 8 de los 9 hospitales se considera saludable es el uso del enema evacuador la noche anterior a la intervención pues garantiza que la ampolla rectal esté desocupada y elimina causas de molestias en el post-operatorio.

2. **Preparación del área operatoria**

2.1. Deberán rasurarse el bajo abdomen y el monte de venus; si la intervención es por vía vaginal, además, la vulva y el periné.

2.2. En la sala de cirugía deberá lavarse la zona operatoria con agua, jabón y alcohol yodado.

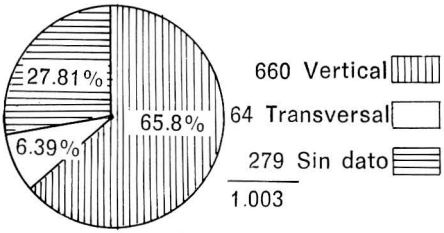
2.3. En la cirugía mayor es medida prudente pasar un catéter de Folly y dejarlo abierto a permanencia durante todo el acto quirúrgico; al terminar éste, se retirará o no según el tipo de intervención, complicaciones, etc. Se puede prescindir de este procedimiento en algunas cirugías menores.

3. **Apertura y cierre de la pared abdominal**

La elección de la incisión abdominal está supeditada al tipo de intervención que se propone realizar, pero en general podemos decir que entre nosotros se practica preferencialmente la incisión vertical mediana infra-umbilical (66%). Sin embargo, consideramos importante el propender por el uso de las incisiones transversales, tipo Pfannenstiel, en vista de sus ventajas (Gráfica Nº 1).

Gráfica Nº 1

INCISIONES ABDOMINALES



4. **Post-operatorio**

Además de las normas generales relacionadas con la presión arterial, pulso, etc., es de vital importancia en el post-operatorio de cirugía mayor tener presente algunos aspectos relacionados con:

4.1. **Líquidos y dieta**

Como norma general se deberá llevar un control estricto de líquidos administrados y eliminados, máxime si hay vómito o diarrea.

En cirugía menor el día operatorio se mantiene la venoclisis según el estado

de hidratación y se inicia la vía oral en las horas de la tarde, según tolerancia. En cirugía mayor el día de la operación se administran soluciones electrolíticas, dextrosadas, etc., según las condiciones de la paciente y se prohibe la vía oral hasta tanto no hayan aparecido los ruidos peristálticos. Iniciada la vía oral con líquidos, es conveniente evitar las soluciones azucaradas pues producen meteorismo y pirosis. La dieta sólida se permite pronto si la evolución es favorable. Sobra decir que si al iniciar la alimentación oral se presentan náuseas o vómitos es necesario suprimirla hasta tanto se normalice la situación.

4.2. Analgésicos

Recomendamos el uso de drogas analgésicas y no anti-espasmódicas o sus combinaciones, pues es frecuente el que al administrar estas últimas afectemos el movimiento intestinal y provoquemos un ilius.

4.3. Antibióticos

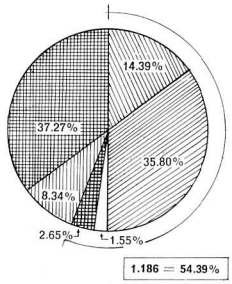
Es criterio unificado el de que en cirugía abdominal no se debe usar de manera profiláctica ningún antibiótico. Su uso queda solo para los casos en que estén estrictamente indicados.

En cuanto a la cirugía vaginal en todos los hospitales usan algún tipo de antibiótico post-operatorio tipo penicilinas, sulfas, etc. (Gráficas Nos. 2 y 3).

Gráfica Nº 2

ANTIBIOTICOS POST-OPERATORIOS

2.181 CIRUGIAS



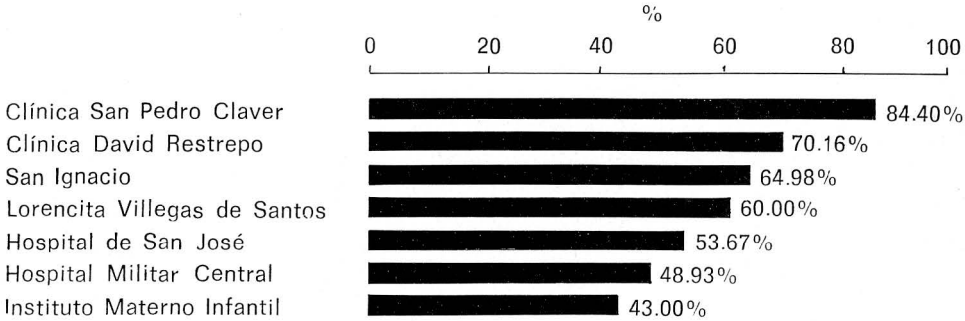
CONVENCIONES

314 Sl. Sin especificar
781 Penicilinas
33 Otros
58 Trimetropín-Sultas
182 Sin dato
813 Sin antibiótico.

Gráfica Nº 3

ANTIBIOTICOS POST-OPERATORIOS

USOS EN DIFERENTES CENTROS HOSPITALARIOS



Dentro de nuestras estadísticas observamos cómo en el 54.37% de las cirugías realizadas se administraron antibióticos; es de anotar la gran diversidad de criterios que existen en las instituciones encuestadas en relación al uso de antibióticos, con variaciones entre el 84.40% de todas las intervenciones practicadas en la Clínica San Pedro Claver del ISS y el 43% de las practicadas en el Instituto Materno Infantil.

4.4. Deambulación

En todos los hospitales son partidarios de levantar precozmente a las pacientes operadas aún si han sido intervenidas por vía vaginal; sin embargo, se encuentra cierta resistencia a hacerlo en estas pacientes debido al dolor en la región perineal que les impide moverse con soltura.

4.5. Evacuación intestinal

Aunque en muchos casos no se hace necesario, si al tercero o cuarto día post-operatorio no ha habido una evacuación intestinal es conveniente administrar un laxante suave o un enema evacuador.

No existen preferencias al respecto, pero sí se recomienda que cuando se han practicado cirugías por vía vaginal o cirugías radicales no se usen los enemas a no ser que el cirujano se encargue de aplicarlo personalmente, en cuyo caso se debe usar una sonda de caucho y nunca la cánula convencional.

4.6. Sondas vesicales

(Cuadros Nos. 1, 2 y 3).

El uso de las sondas vesicales en el post-operatorio varía según se trate de una cirugía abdominal o vaginal, especialmente si ésta es para el tratamiento de un problema de incontinencia de esfuerzo.

En caso de cirugía abdominal algunos retiran la sonda inmediatamente des-

Cuadro Nº 1
USO DE LAS SONDAS VESICALES
2.176 INTERVENCIONES

Cirugía Uterina	Casos	Sí se usó	No se usó	Sin dato
	709	576 = 81.24%	59 = 8.32%	74 = 10.4%
24 horas		404 = 56.98%		
2 — 6 días		79 = 11.14%		
7 días		4 = 0.56%		
Sí		89 = 12.55%		

Cuadro Nº 2
USO DE LAS SONDAS VESICALES
2.176 INTERVENCIONES

Cirugía de Anexos	Casos	Sí se usó	No se usó	Sin dato
	290	82 = 28.27%	85 = 29.31%	123 = 42.4%
24 horas		54 = 18.62%		
2 — 6 días		10 = 3.44%		
7 días		1 = 0.34%		
Sí		17 = 5.86%		

Cuadro Nº 3

USO DE LAS SONDAS VESICALES

2.176 INTERVENCIONES

Cirugía Vaginal	Casos	Sí se usó	No se usó	Sin dato
	755	686 = 90.86%	30 = 3.97%	39 = 5.16%
24 horas		20 = 2.64%		
2 — 6 días		248 = 32.84%		
7 días		32 = 4.23%		
Sí		386 = 51.12%		

pués de terminar el acto quirúrgico, aunque en la mayoría de las instituciones encuestadas están de acuerdo en dejarla las primeras 24 horas. Si la cirugía es por vía vaginal suele dejarse la sonda abierta a permanencia de 2 a 6 días (84%).

En algunos casos es necesario dejarla más tiempo debido, en general, a retenciones urinarias.

Después de haber revisado brevemente lo que consideramos puntos básicos en el pre y post-operatorio, nos permitimos presentar los resultados obtenidos en el estudio efectuado en las diversas instituciones hospitalarias ya anotadas.

5. Objetivos

5.1. Objetivos Generales

5.1.1. Establecer la frecuencia de la Patología Quirúrgica en la ciudad de Bogotá, D. E.

5.1.2. Registrar los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente empleados en las diferentes instituciones.

5.1.3. Enumerar las normas generales para efectuar dichos procedimientos.

5.2. Objetivos Específicos

Para llevar a cabo este estudio fue necesario hacer un análisis estadístico del cual se excluyeron todos los casos de patología infecciosa relacionada con el estado grávido puerperal, así como las cesáreas y sus complicaciones.

6. Material y Métodos

Se practicó una revisión estadística de 2.137 historias clínicas en las cuales se consignaban 2.181 intervenciones quirúrgicas realizadas durante el lapso comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 1977 (Cuadro Nº 4).

De estas intervenciones quirúrgicas 1.934 (88.67%) fueron cirugías programadas y 225 (10.31%) cirugías de urgencia; en 22 no hay dato (Gráfica Nº 4).

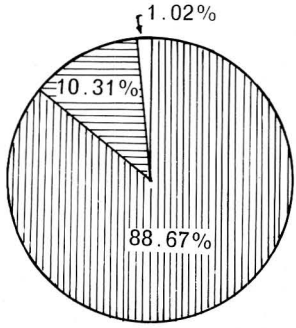
En relación con la edad y paridad (y dentro de estas la proporción de partos y abortos) encontramos 453 nuligestantes (20.8%) y 1.723 (79.18%) pacientes G.1 o más.

Pero lo que es verdaderamente interesante es ver cómo en las pacientes con 6 o más embarazos encontramos una proporción muy superior de abortos que de partos, 430 contra 326, y en el total de partos y abortos vemos cómo

Cuadro Nº 4

TOTAL HISTORIAS CLINICAS 2.137
TOTAL INTERVENCIONES QUIRURGICAS 2.181
1º de enero a 31 de diciembre de 1977

Gráfica Nº 4



CONVENCIONES

1.934 Cirugías Programadas
225 Cirugías de Urgencia
22 Sin dato

2.181

la proporción de éstos llega al 45.5% (Cuadro Nº 5).

6.1. Los 4 grandes grupos en que hemos dividido la cirugía en el presente estudio son: cirugías uterinas, cirugías de anexos, cirugías practicadas por vía vaginal y cirugías con diagnóstico de displasias o tumores malignos (Gráfica Nº 5).

6.1.1. **Cirugía Uterina**

Las cirugías efectuadas teniendo como base el útero están divididas en 4 grupos.

Primer grupo: histerectomías como tratamiento de problemas benignos; segundo grupo: las miomectomías; tercer grupo: cirugías para corregir malposiciones uterinas, y cuarto grupo: intervenciones que tienen por objeto corregir las malformaciones congénitas.

Se estudiaron 603 historias clínicas y se encontraron los siguientes diagnósticos clínicos, distribuidos según edades (Gráfica Nº 6).

Cuadro Nº 5

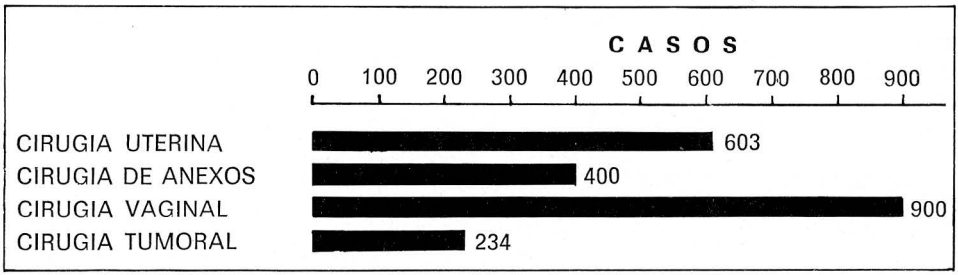
RELACION DE EDAD Y GRAVIDEZ

2.176 CASOS

EMBARAZOS 1.723 PARTOS 939 = 54.49%
ABORTOS 784 = 45.50%

GRAVIDEZ / Años		19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55	TOTAL
0		18	29	38	57	89	78	58	39	47	453
1 — 2	PARTOS	1	32	44	41	40	15	43	11	35	262
	ABORTOS	4	25	24	16	9	8	3	2	1	92
3 — 5	PARTOS		2	28	60	84	56	49	31	41	351
	ABORTOS	1	4	38	59	50	37	35	21	17	262
⩾ 6	PARTOS			1	22	26	43	54	78	102	326
	ABORTOS		1	3	36	71	72	97	71	79	430
TOTALES	PARTOS	1	34	73	123	150	114	146	120	178	939
	ABORTOS	5	30	65	111	130	117	135	94	97	784
										GRAN TOTAL	1.723

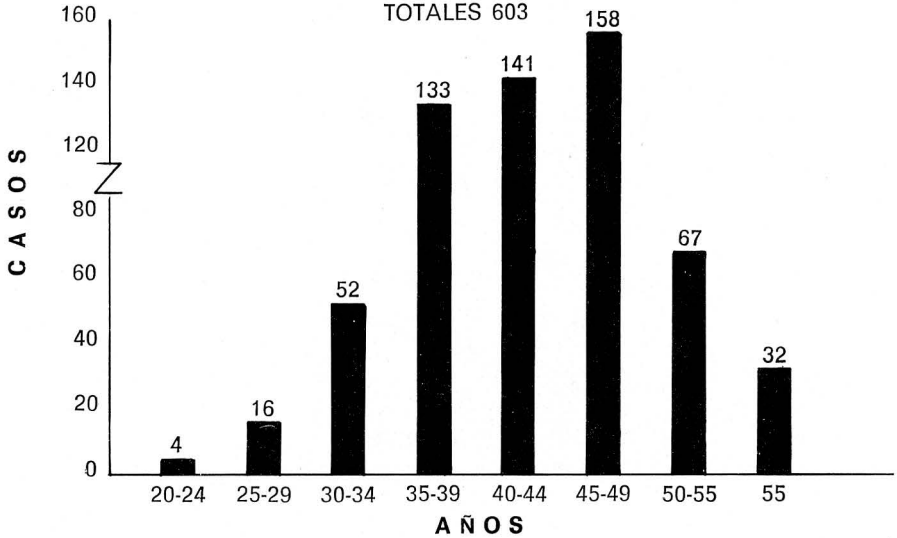
Gráfica Nº 5



Gráfica Nº 6

CIRUGIA UTERINA

TOTALES 603



PATOLOGIA UTERINA

EDAD	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	56	Total
Miomatosis uterina	3	13	48	124	131	135	49	24	527
Hemorragia disfuncional	1		2	4	7	18	17	8	57
Pólipo endometrial		1							1
Retroversoflexión III		1		1					2
Endometritis crónica		1			1				2
Adenomiosis			2	2	1	5	1		11
Pólipo endocervical				1					1
Cervicitis crónica				1	1				2
Total por edad	4	16	52	133	141	158	67	32	—

Cuadro Nº 6

Resumen

Miomatosis uterina	527
Hemorragias disfuncionales	57
Adenomiosis	11
Cervicitis crónica	2
Endometritis crónica	2
Retroversoflexión	2
Pólipo endocervical	1
Pólipo endometrial	1

A estas pacientes se les practicaron las siguientes intervenciones quirúrgicas:

Cuadro Nº 7

CIRUGIA UTERINA

Histerectomía total simple	275
H.S.O.B.	175
H.S.O.I.	59
H.S.O.D.	41
H.S.D.	2
	551
Otras	52
	603

6.1.1.1. **Histerectomías como tratamiento de problemas benignos.**

a. **Indicaciones**

a.a. **Miomas uterinos:** La histerectomía como tratamiento de los miomas uterinos está condicionada en primer lugar a la edad y a la paridad de la paciente; en segundo lugar a la sintomatología que estos miomas puedan estar ocasionando: hemorragias, comprensiones y dolor.

a.b. **Endometriosis internas o adenomiosis:** Si está produciendo dismenorreas e hipermenorreas. Es bien claro que si estamos ante la presencia de una endometriosis externa cuyo tratamiento presupone la extirpación de los dos anexos es lógico practicar en estas pacientes una histerectomía.

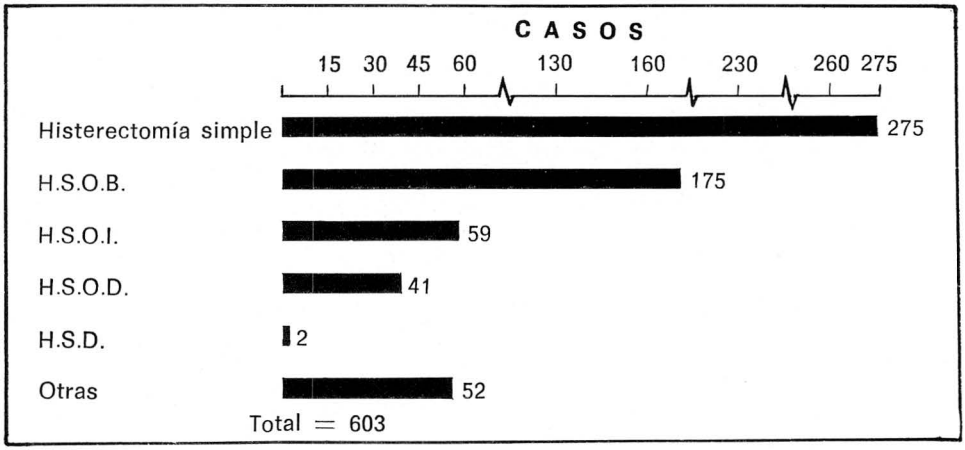
a.c. **Hemorragias disfuncionales:** Cuando el tratamiento médico es ineficaz.

a.d. **Hipertrofia idiopática del miometrio.**

a.e. **Enfermedad inflamatoria pélvica crónica:** Cuando el proceso se

Gráfica Nº 7

CIRUGIA UTERINA



hace extensivo a los dos ovarios y es necesario extirparlos.

a.f. **Inversión crónica del útero:** Entidad poco frecuente.

a.g. **Por último las causas obstétricas:** Histerectomía post-cesárea, histerectomía como tratamiento del aborto séptico y la enfermedad trofoblástica (Mola hidatiforme, cuando la paciente es mayor de 40 años).

b. **Técnica Quirúrgica:**

No vamos a referirnos específicamente a las técnicas quirúrgicas más usadas en la práctica de las histerectomías, ya sean totales o subtotales; sólo nos queremos referir a algunos puntos que consideramos de especial importancia.

b.a. No se aconseja el hacer ligaduras en bloque de las estructuras seccionadas; consideramos que éstas deben ligarse de una manera individualizada.

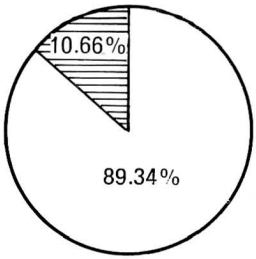
b.b. Siempre es necesario usar por lo menos una doble ligadura por transficción en los principales pedículos, con el fin de evitar accidentes como la ruptura del material de sutura y la retracción de los vasos (lo cual trae como consecuencia hemorragias y hematomas), etc.

b.c. Es fundamental identificar convenientemente el uretere y no olvidarnos de sus relaciones con la hoja posterior del ligamento ancho, los vasos uterinos y la vejiga.

b.d. El tratamiento de la cúpula vaginal debe ser cuidadoso pues generalmente existen algunos vasos mucosos que suelen sangrar profusamente si no se hace la hemostasia debida. Algunos aconsejan el cerrar completamente la cúpula y otros, los más, aconsejamos el suturar la cúpula vaginal en forma de corona con catgut intestinal OO, con el fin de dejarla abierta y así evitamos complicaciones, drenes, etc.

Gráfica Nº 8

TRATAMIENTO DE LA CUPULA VAGINAL EN HISTERECTOMIAS ABDOMINALES



604 Cúpula abierta
72 Cúpula cerrada
676

Cúpula abierta	604 casos =	89.34%
Cúpula cerrada	72 casos =	10.65%
Total	676	99.99%

b.e. Sostén de la cúpula. En 7 de de los 9 hospitales de Bogotá se usan todos los ligamentos para sostener la cúpula vaginal; en los otros 2 sólo se usan los ligamentos cardinales.

b.f. Es muy importante, una vez terminada la exéresis, revisar la hemostasia y peritonizar cuidadosamente todas las superficies cruentas procurando que los muñones de los pedículos ligados queden extraperitoneales.

b.g. Es de gran importancia acordarnos que si estamos practicando la intervención por procesos intraligamentarios, las relaciones normales del uretere y la vejiga están alterados, razón por la cual debemos ser muy cuidadosos en la disección.

b.h. Cuando estamos ante la presencia de miomas cervicales, en algunas ocasiones es preferible practicar la miomectomía previa.

b.i. Por último no debemos olvidar, antes de iniciar el cierre de la pared abdominal, el abrir la pieza quirúrgica y explorar las cavidades endometrial y endocervical.

6.1.1.2. **Miomectomía:**

Esta intervención, como su nombre lo indica, tiene como único fin el extirpar los miomas conservando un útero con buena función.

La primera miomectomía fue practicada en 1840 por Amussat en Francia.

a. **Indicaciones**

a.a. Miomas sintomáticos en mujeres jóvenes.

a.b. Cuando los miomas son el único hallazgo en un estudio de esterilidad.

a.c. Cuando los miomas son un factor de abortos a repetición.

b. **Contraindicaciones:** Como casi todo en medicina, las contraindicaciones a la miomectomía son relativas y podemos enumerar las siguientes:

b.a. Multíparas que nos desean más hijos.

b.b. Mujeres mayores de 40 años, a no ser que estas sean nulíparas y deseen un hijo.

b.c. Cuando existen demasiado miomas, los que al extirparlos hacen que el útero quede deformado y sin una aceptable capacidad funcional.

b.d. Cuando por su localización estén afectando las trompas y no fuera posible su extirpación sin lesionarlas.

b.e. Hidrosalpinx bilateral.

b.f. Tuberculosis.

b.g. Miomas asociados a endometriosis extensa.

b.h. Sospechas de neoplasias imposibles de confirmar durante el acto quirúrgico.

Es conveniente recordar que en muchas ocasiones la posiblidad de practicar la miomectomía solo se confirma una vez que esté abierta la cavidad abdominal. Por esta razón debemos obtener la autorización previa de la paciente para variar la conducta y hacer una histerectomía.

c. **Técnica Quirúrgica:**

Lo mismo que dijimos al referirnos a la técnica quirúrgica de las histerectomías, solo vamos a destacar algunos puntos que consideramos de importancia:

c.a. Es conveniente practicar una hemostasia profiláctica con un torniquete que abrace los dos troncos uterinos, pasando dicho torniquete por los espacios avasculares del ligamento ancho. (No usamos, como algunos autores aconsejan, las pinzas de Bonney para tal fin).

c.b. Mientras sea posible y para evitar adherencias post-operatorias, que en algunas ocasiones llegan a producir hasta oclusiones intestinales, se aconseja practicar las incisiones uterinas en la cara anterior y si es posible siguiendo una dirección transversal.

c.c. Es de gran importancia el que una vez que se hayan extirpado los miomas se reconstruya cuidadosamente la pared uterina, mediante puntos

separados con catgut cromado, teniendo el cuidado de no dejar espacios muertos.

c.d. Debemos procurar no dejar el útero en retroflexión.

c.e. Debemos peritonizar todas las superficies cruentas.

c.f. Si el mioma está en el ligamento ancho es necesario disecar y protejer el uretere para evitar lesiones y fístulas.

6.1.1.3. **Cirugía para corregir malposiciones uterinas:**

Rara vez constituyen por sí solas una indicación quirúrgica; la mayoría de las malposiciones uterinas son asintomáticas y sólo cuando estamos en presencia de una retroflexión fija, con adherencias y sintomatología dolorosa (lumbalgia, dispareunia), o si constituye un problema de esterilidad, creemos que está indicada esta intervención. Muchas de las cirugías son innecesarias y solo se justifican en mujeres jóvenes.

En cuanto a la técnica quirúrgica, en la práctica actual sólo se efectúan ligamentopexias tipo Baldy Webster o Gilliam, ya sean las técnicas clásicas o con las variantes propias de cada cirujano.

Consideramos que es de vital importancia complementar cualquiera de estas ligamentopexias con el acortamiento de los ligamentos uterosacros (identificando los uréteres) y si la integridad del periné no es completa, haciendo la perineorrafia.

6.1.1.4. **Cirugías como tratamiento de malformaciones congénitas:**

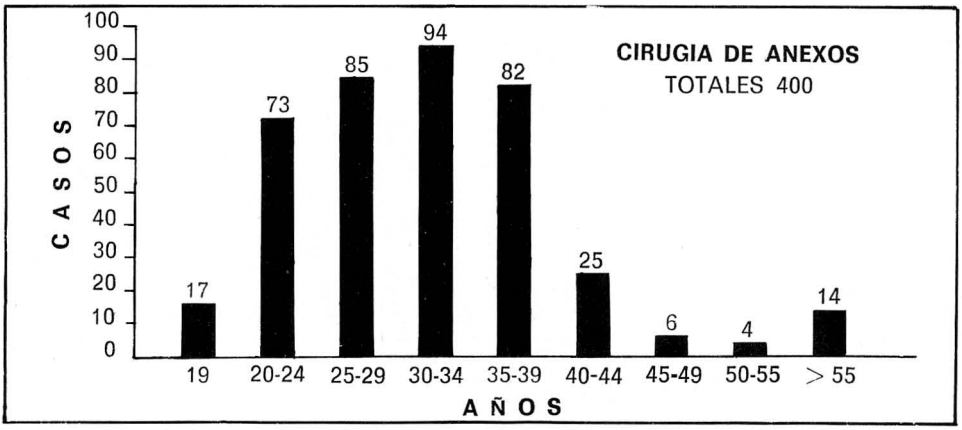
Las principales malformaciones congénitas de útero se refieren a los úteros tabicados, bicornes, dobles, o con cuerno rudimentario accesorio.

Cada caso debemos analizarlo y estudiarlo con todo rigor, con el fin de planear el tratamiento reconstructivo más conveniente para la paciente, buscando, a ser posible, el devolverle a este órgano su papel fisiológico.

6.1.2. **Cirugía de Anexos.**

6.1.2.1. Introducción. — Ateniéndonos a los resultados de las cifras obtenidas, el mayor número de cirugías de anexos se practicó a mujeres en edad fértil (Gráfica Nº 9).

Gráfica Nº 9



La patología más frecuente está representada por los tumores ováricos, los embarazos ectópicos y los procesos infecciosos. En muy contada ocasión se realizaron también resecciones cuneiformes, tratamiento para hidrosalpinx y endometriosis ovárica. La complicación por torción de los tumores se observó en todas las edades. La cirugía por abscesos no se contabiliza en algunos hospitales como ginecológica, por lo cual la cifra que se informa en esta revisión está muy por debajo de la realidad. El número de casos de cirugía para esterilización también fue menor en las cifras, pues los informes no se acomodaron al esquema del computador, dejando de ser por esto procesados. De esta manera, el grupo de cirugía de anexos constituye numéricamente uno de los mayores (Cuadro Nº 8).

Cuadro Nº 8

CIRUGIA DE ANEXOS

DIAGNOSTICO SEGUN EDAD

	Años									
	19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	50	TOTAL
Tumor benigno	10	21	29	34	26	13	3	2	7	145
E. Ectópico	5	34	42	44	36	4	0	0	0	165
Tumor torcido	1	4	2	3	3	0	1	0	1	15
Stein-L	1	3	2	2	1	1	0	0	0	10
Endometriosis	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4
Absceso To	0	6	7	5	3	4	0	0	0	25
Obstrucción	0	1	0	1	6	0	0	0	0	8
Hidrosalpings	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3

Sobre estos órganos se practica cirugía de urgencia y cirugía programada, destacando en cada grupo, por superioridad numérica los embarazos ectópicos y los tumores de ovario en la primera, y la cirugía para esterilización en la segunda (Cuadro Nº 9).

6.1.2.2. **Preparación Preoperatoria**

a. **De urgencia:** Es un juego contra el tiempo, buscando simultáneamente el diagnóstico y las condiciones adecuadas para someter la paciente a cirugía. Sin embargo, el mayor cuidado preoperatorio ha de ser el de llenar el mayor número de elementos para diagnóstico. Hemos visto aparecer el ectópico con amenorrea o sin ella,

Cuadro Nº 9

CIRUGIA DE ANEXOS

URGENCIAS
- Complicaciones de tumores Ováricos
- **Embarazo Ectópico**
- Ruptura de Folículos
- Abscesos

PROGRAMADA
- **Tumores**
- **Esterilización**
- Biopsias
- Resección en cuña
- Endometriosis
- Esterilidad
- Procesos Inf. Crónicos

con masa detectable o sin ella, con alteración de los parametros o sin ello, con compromisos diversos del estado general, etc., desafiando la experiencia y el cuidado del ginecólogo.

Los cuadros clínicos son principalmente síndromes de abdomen agudo y debe utilizarse el esquema general de análisis para este síndrome. Enfocado el cuadro como ginecológico u obstétrico, los exámenes y procedimientos más utilizados incluyen el examen bajo anestesia, que eliminando el dolor y permitiendo la relajación abdominal, facilita determinar estructuras pélvicas, cuyas características deben ser cuidadosamente analizadas; la colpocentesis, acompañando el anterior; el hemograma con velocidad de eritrosedimentación y examen parcial de orina.

Cuando no están dando abdomen agudo quirúrgico, la conducta en estas pacientes puede diferirse para ser mejor estudiada mediante radiografías de abdómen simple, raspado biopsia del endometrio, pruebas de embarazo, seguimiento de la eritrosedimentación, la hemoglobina o el hematocrito, o la laparoscopia diagnóstica (Cuadro Nº 10).

Cuadro Nº 10

PREOPERATORIO

U R G E N C I A
- Hidratación-Volemia
- Sangre
- Sonda Vesical
- Examen bajo anestesia
- Colpocentesis
- Hemograma
- Eritrosedimentación
- Parcial de orina
- Laparotomía
- Estudio Diferido
  - RX — Abdomen
  - BX — Endometrio
  - Pruebas de Embarazo
  - Sequimiento Laboratorio

b. **Programada:** La cirugía programada de los ovarios está constituida básicamente por el capítulo de los tumores, cuyo estudio se orienta a establecer si hay o no malignidad y el grado de la misma. En esta parte se excluye la cirugía por cáncer. Sin embargo, debe tenerse presente que la malignidad puede no ser clínica ni macroscópicamente aparente, por lo cual la paciente debe ser preparada como para una cirugía siempre grande. El reconocimiento previo de la paciente es como el de cualquier otra cirugía, en su estado cardiocirculatorio, respiratorio y renal. Los estudios específicos están orientados a la caracterización del tumor y a planear la cirugía. Para ello se utilizan los Rx de abdomen simple, la urografía y el colon por enema, la laparascopia y la culdoscopia. Además de tamaño, forma, consistencia y relaciones del tumor, cuando se presumen funcionantes, se practican estudios relacionados con la función con métodos sencilos como la citología funcional, la biopsia de endometrio, y la excreción urinaria de metabolitos hormonales, la laparotomía culmina la sistemática diagnóstica.

La paciente debe saber que la magnitud de la intervención será determinada en el acto quirúrgico y debe auto-

rizar al cirujano para practicar cualquier extensión necesaria.

Los preparativos de las pacientes para cirugía de esterilización son los mínimos. Cuando se trata de cirugías para esterilidad, además del estudio rutinario se requiere de un estudio completo que concluya su utilidad. Lo mismo ocurre con las biopsias ováricas y las resecciones cuneiformes. Cuando no se da cumplimiento, los resultados exitosos ocurren por mera casualidad siendo censurable, por ejemplo, sumar un factor peritoneal a un factor cervical o tubárico, o más aún, a un factor masculino de esterilidad.

Se buscará la evaluación anestésica preoperatoria. Es preferible la anestesia general. En procedimientos de esterilización se ha empleado la anestesia peridural y la anestesia local, con sedación adecuada, especialmente para la laparoscopia.

Se asegurará la limpieza intestinal mediante la aplicación de enema. La zona quirúrgica se lava en forma similar al cirujano y se prefiere el alcohol yodado como antiséptico. En el quirófano y bajo anestesia, se pasará una sonda vesical y se hará en forma rutinaria un examen ginecológico. Esto permite precisar el tipo de cirugía que se hará y puede en un momento dado variar absolutamente la conducta planeada. La vagina es de aseo obligado. Allí es preferible la aplicación de antisépticos suaves (Cuadro Nº 11).

Cuadro Nº 11

PREOPERATORIO

PROGRAMADA

- ESTADO
  - Cardiocirculatorio
  - Respiratorio
  - Renal
- ESTUDIO DE TUMORES
  - CARACTERES
    - RX Abdomen
    - Urografía
    - Colm. x. Enema
    - Laparoscopia
  - FUNCION
    - Citología funcional
    - BX Endometrio
    - Excreción de Metabolitos Hormonales
- ESTERILIZACION
  - Rutina de laboratorio
  - Rutina pre-operatoria
- ESTERILIDAD
  - Estudio adecuado
  - Que concluye su utilidad
- EN SALAS
  - Examen bajo anestesia
  - Sonda de Foley
  - A. y A.

No se requiere de instrumental quirúrgico especial, excepto en la microcirugía ginecológica, la cual comienza a practicarse en algunas instituciones.

c. **Conducta ante un tumor unilateral de ovario:** Se expondrán aquí los parámetros aceptados por la mayoría de las instituciones.

Hay algunas diferencias principalmente en cuanto a las edades se refieren.

d. Se cuenta con el patólogo y la biopsia por congelación para decidir la conducta y magnitud de la cirugía. Cuando no hay este recurso, la pieza se abre en las salas para observar su aspecto.

e. **Tumores quísticos a toda luz benignos:** En mujeres jóvenes, nulíparas con tumores quísticos a toda luz benignos se podrá practicar:

e.a. Cistectomía, que es eventual cuando se trata de quistes de fácil extirpación, reservada a la experiencia del ginecólogo.

e.b. Ooforectomía simple.

e.c. Salpingo-ooforectomía. (Cuadro Nº 12).

Cuadro Nº 12

CONDUCTA CON EL TUMOR U. DE OVARIO

—Dermoide
Quiste puro

Tumor benigno a toda luz
Jóvenes Nulíparas

→ CISTECTOMIA
U
OOFORECTOMIA
O
SALPINGOOFORECTOMIA

f. Tumores benignos, dermoides, cistadenomas o tumores disontogénicos con caracteres especiales de benignidad, como ser pequeño, libre, sin adherencias, sin ascitis, unilateral, encapsulado, sin ruptura en el acto quirúrgico, en paciente nulípara y con deseos de maternidad, se practica:

f.a. Ooforectomía más biopsia contralateral.

f.b. Salpingo-ooforectomía más biopsia contralateral. (Cuadro Nº 13).

Cuadro Nº 13

—Disontogénico
- Disgerminoma
- Arrenoblastoma
- Otros funcionantes

—Dermoides

—Cistadenomas

—Pequeños
—Libre
—Sin adherencias
—Sin ascites
—Unilateral
—Encapsulado
—Sin ruptura
—En cirugía
—jóvenes Nulíparas

→ SALPINGOOFORECTOMIA
MAS
BIOPSIA CONTRALATERAL

g. En pacientes que presentan tumores benignos, cistadenomas pero con papilas externas; tumor disontogénico en mujeres mayores de 30 años; o cualquier tumor en mujeres mayores de 45 años, se practica una histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral (Cuadro Nº 14).

Cuadro Nº 14

—Tumor benigno
Cistadenomas con papillas externas
—Disontogénicos en > 30 años
—Cualquier tumor > 45 años

→ HISTERECTOMIA MAS SALP. OOFORECT. BILATERAL

Duda de malignidad: Cirugía conservadora

Ooforectomía rutinaria > 45 años

Informe del patólogo — Maligno → H.T.A.+SOB+OM +Irr. CITOSTATICOS
— Demás → CONTROL

h. En caso de duda de malignidad, en mujer joven, se hace cirugía conservadora. Si el informe de patología muestra malignidad, se reintervendrá posteriormente completando una histerectomía total, más salpingo-ooforectomía bilateral, más omentectomía. Además se darán cistostáticos más irradiación según el estado clínico del tumor.

i. En pacientes mayores de 45 años que son sometidas a histerectomía abdominal se hace ooforectomía rutinaria.

6.1.2.3. **Técnicas quirúrgicas**

En esta parte no se hará un comentario pormenorizado por considerarse lejos del objetivo del trabajo. Se llamará la atención sobre algunos aspectos considerados importantes. Además se presentarán los datos obtenidos de la presente revisión.

a. **Comentarios generales**

a.a. **Resección cuneiforme:** Actualmente casi en su totalidad desplazada por tratamientos farmacológicos, gracias a los avances en la investigación endocrinológica. Si se efectúa, lo importante es no traumatizar el ovario.

a.b. **Biopsia ovárica:** Debe ser profunda de manera que se reseque hasta la médula, marcando el lado al que corresponde la muestra tomada.

a.c. **Tumores complicados por torción:** Se recomienda pinzar antes de movilizar el tumor para prevenir embolias. Hay que recordar, sin embargo, que la torción acorta el pedículo y acerca el urétere.

a.d. **Tumores benignos:** Se hace énfasis en la cirugía conservadora del tejido ovárico. En tumores libres: pinzamiento, sección y ligadura del pedículo en uno, dos o tres tiempos, sin mayor comentario fuera de recomendar que se haga doble ligadura.

Cuando hay adherencias en que participen asas intestinales vale la pena dejar parte de la cápsula en vez de despulir las asas, evitando una fístula enterocutánea. Se emplea la decapsulación digital. Igualmente hay que llamar la atención sobre las lesiones ureterales.

a.e. **Embarazo ectópico:** Debe conservarse el ovario siempre que se pueda. La cirugía es una salpingotomía, salpingectomía o salpingo-ooforectomía, según el compromiso. La primera como caso de excepción cuando se quiere conservar la trompa y es posible técnicamente. El lecho pocas veces requiere de hemostasis adicional, la cual se hace primariamente recordando el arco anastomótico arterial, ya que esta cirugía constituye una emergencia por la hemorragia que produce.

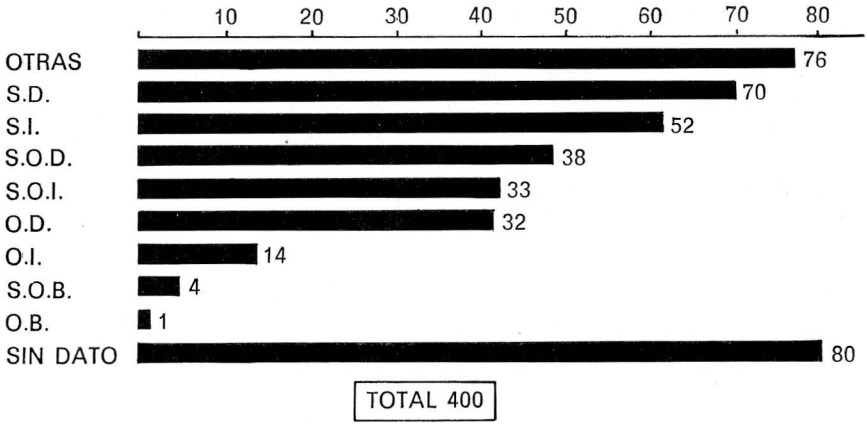
b. **Datos estadísticos:** (Gráfica Nº 10). La mayoría de cirugías que se practicaron fueron salpingectomías respetando el ovario. Esto correspondió seguramente a embarazos tubáricos. El ovario en forma bilateral solo se extrajo en cinco (5) casos.

c. **Cirugía para esterilización**

c.a. (Cuadro Nº 15). Como puede verse se practicó esterilización en el post-parto inmediato o en el intervalo. También se hizo durante la operación cesárea. Además se emplea la fulguración tubárica por vía alta o vaginal, o la aplicación de bandas de silastic. La vía preferencial fue la minilaparatomía.

Gráfica Nº 10

CIRUGIA DE ANEXOS



Cuadro Nº 15

CIRUGIA PARA ESTERILIZACION

		19 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Laparoscopia	46 = 10.82%							
Colpotomía	25 = 5.88%			4	23	17	2	
Microlaparotomía	308 = 72.47%			4	9	8	4	
Ligadura durante			7	45	114	114	21	7
cesárea	46 = 10.82%	1	3	11	16	11	4	
TOTAL		1	10	64	162	150	31	7
GRAN TOTAL	425	0.23%	2.35%	15.05%	38.11%	35.29%	7.29%	1.64%

La mayor frecuencia de esterilizaciones aparece entre los grupos de edad de 30 a 34 y 35 a 39 años.

c.b. **Técnicas más usadas**

c.b.a. **Pomeroy**. Se ha modificado de varias maneras, de todas formas tendiendo a dejar los cabos separados. Para esto se puede resecar el segmento de trompa aproximando los cabos con catgut de manera que al absorberse este ocurra la separación. Puede también ligarse los cabos con seda y aproximándolos con catgut buscando el mismo efecto final. El dejar los cabos permanentemente juntos, o haciendo ligadura simple, ha permitido observar fistulización o recanalización.

c.b.b. **Fimbriectomía.** Se han informado reacciones dolorosas y también hidrosalpinx. Otros la han considerado como más fácil y rápida.

c.b.c. **Ushida.** Consiste en disecar el mesosalpinx y hacer la ligadura de la trompa, libre, resecando también un segmento de ella. La zona vuelve a peritonizarse. La ventaja consiste en trabajar lejos de los vasos sanguíneos.

c.b.d. **Comentarios.** De la fulguración tubárica diremos que tiene el inconveniente de requerir destreza adicional, pues las complicaciones pueden ser serias.

La tendencia actual por los casos en que las pacientes vuelven solicitando tratamientos para esterilidad por diversos motivos, y con el auge de la microcirugía ginecológica es, la esterilización con el mínimo de traumatismo de la trompa y en la zona de mayor posibilidad de anastomosis término terminal como es el istmo.

Las recanalizaciones, las infecciones, las ligaduras de los ligamentos redondos, las heridas en asas inestinales, el desplazamiento de las bandas de silastic, constituyen complicaciones postligadura.

6.1.2.4. **Post-operatorio**

Varía de acuerdo con el tipo de cirugía practicada. En general, sin embargo, a la extirpación de un ovario, una tromo ambos, suele seguir una recuperación bastante rápida y satisfactoria.

Los líquidos parenterales se dejarán uno o dos días mientras se recupera la alimentación oral. Esta se restablece tanto más rápidamente cuando más sean manipuladas las asas intestinales de donde resulta también el mayor número de complicaciones.

No es raro encontrar pacientes con fístulas entero-cutáneas por manejo inadecuado de asas adheridas a los tumores por invasión, por inflamación o por fibrina. La desaparición del vómito si lo hay, la recuperación de los ruidos intestinales o la expulsión de flatus más el estado de hidratación, marcarán la pauta para reiniciar la dieta, líquida, clara, blanda y normal, en dos o tres días.

No se dan antibióticos a título profiláctico en la cirugía de anexos.

La deambulación precoz en la norma y estas pacientes suelen soportarla bastante bien.

6.1.3. Breves anotaciones sobre la cirugía Vulvo-Cérvico-Vaginal y de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (I.U.E.).

"Todas las pacientes, sin excepción, serán sometidas a la cirugía que más les convenga y no a la que el cirujano pueda brindarle, practicando una operación inadecuada a su patología y en franco desacuerdo con su edad, ideal de familia y con sus condiciones sociocultural" R.V.T.

6.1.3.1. Cirugía vulvar

6.1.3.2. Cirugía cervical.

6.1.3.3. Cirugía vaginal.

6.1.3.4. Cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.).

Siguiendo las mismas ideas normativas que se utilizaron para tratar el tema de la Cirugía Abdominal, la Cirugía vulvo-cervico-vaginal será dividida según las lesiones más frecuentes e importantes.

a. **Enfermedades benignas e infecto-contagiosas de la vulva**

Poco frecuentes los tumores mesodérmicos benignos como Fibromas, Lipomas, Neurofibronas, Mioblastomas y Leiomiomas cuyo tratamiento es quirúrgico, nos referiremos a la Bartholinitis Aguda y al quiste de la Glándula de Bartholín por ser las afecciones más frecuentes. El quiste en realidad es la distensión del conducto y no afecta la glándula. Orientándose el tratamiento a reanudar la función glandular, por medio dela marzupialización que construye un nuevo orificio al conducto. La extirpación completa de la glándula o Bartholinectomía no es una operación fácil por lo cual recomendamos incrementar la marzupialización por ser no solo un procedimiento sencillo sino de menores costos hospitalarios.

b. **Lesiones premalignas y malignas**

Las principales enfermedades premalignas son la de Bowen, Eritoplasia de Queyarat, carcinoma escamocelular In situ, enfermedad de Paget, Kraurosis, leucoplasia y carcinoma vulvar, cuyo diagnóstico exacto se hace por estudios citológicos y su tratamiento será una vulvectomía simple o ampliada, con linfadenectomía según cada caso en particular.

c. **Lesiones congénitas**

En todos los servicios se hará la revisión de las disgenesias gonadales, de donde se derivará el tratamiento correcto de los diferentes tipos que presenten genitales externos, epicenos o ambiguos.

Dentro de los errores más frecuentes de la embriología está la AGENESIA VAGINAL. La técnica más difundida para corregir este defecto congénito es la operación de Wharton con o sin injertos.

Es recomendable practicar la operación de Shirer. Es más sencilla. No necesita injertos.

d. **Cirugía cervical**

e. **Lesiones benignas**

Las erosiones congénitas, ectropión, cervicitis crónicas y las laceraciones se tratan, después de comprobación citológica, colposcópica, histológica, médicamente, con cauterización y criocirugía. Mención especial requiere este método sencillo, eficiente y económico.

Para las laceraciones mayores la traquelorrafia clásica, sigue siendo una buena operación. Las incompetencias cervicales en ciclo no grávido serán tratadas con la operación de LASH.

Debemos realizar más reconstrucciones de cuello después de la revisión uterina. Adicionar 2 pinzas de Foster al equipo de parto. Así obligaremos a la inspección sistemática de todos los cuellos.

El culdoespéculo de BUENO es de gran ayuda en las laceraciones mayores de cuello y vagina.

Amputación de cuello: con el mejoramiento de la atención obstétrica las revisiones cervicales y el auge de la criocirugía, la amputación del cuello tipo Sturmdorf ha disminuido su importancia. Este genial procedimiento no es hemostático, debe hacerse primero al punto posterior, con el método original

sin el doble paso en la mucosa, previa dilatación cervical.

f. **Lesiones premalignas**

Las displasias puras, moderadas o severas pueden ser tratadas médicamente, con cauterizaciones y criocirugía.

Para en Ca. in situ, la conización es un tratamiento de excepción y continúa siendo esencialmente diagnóstica.

Repetiremos que la conización es una operación de jerarquía, lo que significa que quien la practique debe ser personal entrenado y hábil para evitarnos su complicación más severa, la hemorragia.

g. **Cirugía vaginal**

Para hacer una perfecta clasificación de los diferentes grados de la relajación vaginal, debemos implantar obligatoriamente en todos los servicios hospitalarios, el sistema del Perfil Vaginal, Gráfica Nº 1, que localiza, identifica y clasifica las lesiones de los segmentos anterior, superior y posterior de la vagina a partir de O, el mejor estado posible, hasta el IV, el peor de los estados.

Segmento vaginal anterior: 1º) Uretrocele. 2º) Cistocele. Gráficas 1 y 2.

Segmento vaginal superior: 3º) Histerocele. 4º) Enterocele. Gráfica Nº 3 y Cuadro Nº 1.

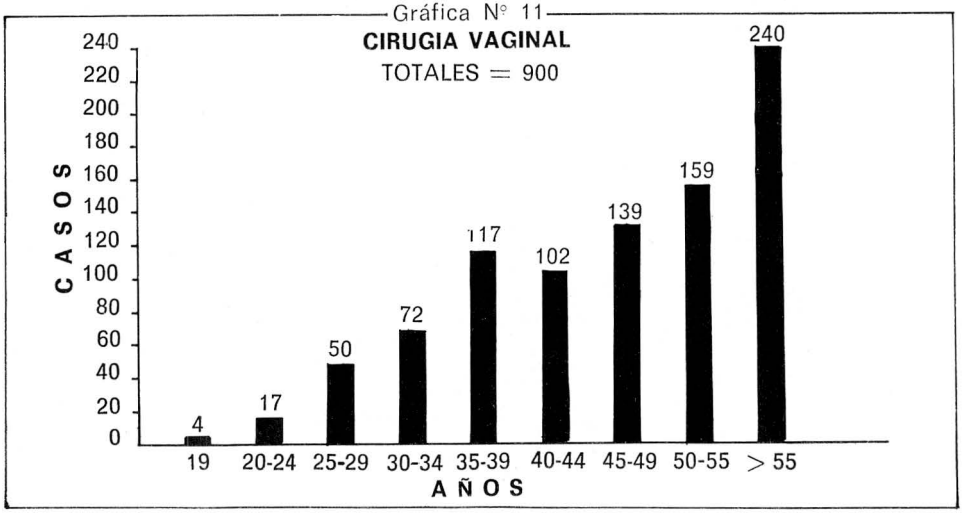
Segmento vaginal posterior: 5º) Rectocele. 6º) Desgarro perineal. Cuadro 2.

El tratamiento adecuado de la relajación vaginal dependerá del buen juicio del cirujano, que con el escogimiento de la técnica quirúrgica apropiada corregirá los diferentes factores que conjugados la ocasionan (Cuadro Nº 3).

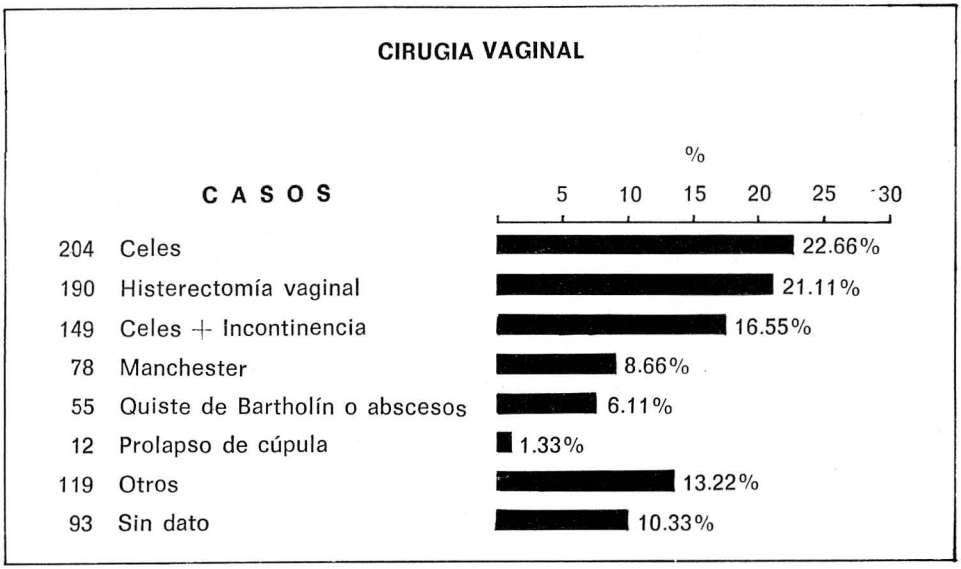
Relajación vaginal pura sin patología asociada (Gráficas Nos. 11 y 12).

Las principales técnicas quirúrgicas utilizadas son las de Manchester Donald-Fothergill y la histerectomía vaginal. Según las estadísticas presentadas en este trabajo, la histerectomía vaginal sobrepasó a la operación de Manchester, lo cual es un acierto más de nuestros cirujanos que de acuerdo con nosotros han entendido que la histerectomía vaginal es el mejor método quirúrgico, porque al retirar un órgano potencialmente enfermo, permite que la presión intra-abdominal se distribuye uniformemente en la cavidad pélvica, disminuyendo la posibilidad de recidivas.

Gráfica Nº 11



Gráfica Nº 12



Sólo 78 operaciones de Manchester (9%) comparadas con 190 histerectomías vaginales, más del doble (21%) es una cifra estadísticamente significativa demostrando que la operación de Donald-Fothergill, había sido clínicamente mal escogida. Debe practicarse en mujeres premenopáusicas, preferencialmente y sólo en casos especiales en donde esperemos futuras gestaciones. La paciente debe ser suficientemente motivada. Seguramente tendrá infertilidad, abortos y partos prematuros o su embarazo terminará en una cesárea, ciertamente complicada con una vejiga alta y adherida que dificulta el manejo del segmento.

Es técnicamente mal realizada porque la fijación paramétrica no se hace en el tiempo quirúrgico oportuno, dejando sin corregir la retroversión, que con los partos, el aumento de presión intra-abdominal y la elongación de los ligamentos cardinales son las causas principales de la relajación vaginal.

Relajación vaginal asociada con patología uterina

Recalco: La histerectomía vaginal no sólo es la operación para el prolapso. Tiene especial indicación cuando la relajación vaginal se asocia a las siguientes entidades:

Leimiomatosis, adenomiosis, hemorragias disfuncionales, hiperplasia adenematosa atípica, adenocarcinoma de endometrio, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor, carcinoma estado I.

En este sucinto recuento de patología uterina asociada a la relajación vaginal, la histerectomía vaginal es un método seguro y preciso que demuestra que la combinación con la vía abdominal, debe ser sólo recomendada cuando encontramos las siguientes contraindicaciones:

Utero mayor que una cabeza fetal de aproximadamente 8 semanas de gesta-

ción. Fijo, sin una buena movilidad y sin que se compruebe un fácil desplazamiento.

Cirugía abdominal previa. Esta es una contraindicación relativa porque muchas veces o no tocamos las adherencias o éstas por vía vaginal son fácilmente removibles.

Son contraindicaciones absolutas, la enfermedad pélvica inflamatoria crónica, la endometriosis externa y las tumoraciones ováricas en general.

Las principales **complicaciones** son la hemorragia, las fístulas y la infección.

Observamos que en esta extensa revisión no se presentó ninguna clase de fístulas vesicovaginal o urétero vaginal, hecho patente que me complazco en registrar como una elocuente felicitación al alto nivel quirúrgico de nuestros cirujanos.

El mejor tratamiento para la hemorragia post-operatoria claro está, es una buena hemostasis, la sala de recuperación y la actitud resuelta del cirujano para practicar inmediatamente una laparotomía si se confirma que la hemorragia no es fácilmente tratable por vía vaginal.

La infección más frecuente se localiza en la cúpula vaginal. Drénela precozmente y aplique los antibióticos según la etiología. Si la infección es retroperitoneal haga una urografía. Localice primero los uréteres antes que cualquier procedimiento quirúrgico.

El prolapso de la cúpula vaginal es una complicación tardía que hoy vemos con menor frecuencia. El prolapso de la cúpula con muñón restante es patología infrecuente porque ya no se realiza la histerectomía supra-cervical-sub-total.

En nuestro medio las técnicas más utilizadas para corregir el prolapso de cúpula son la operación de Fletcher, la de Grant Ward, y las que se hacen exclusivamente por vía vaginal como la de Richardson, las fijaciones sacras como la de Norman Miller y sus modificaciones y la del profesor Héctor Enrique Bernal.

Especial mención requiere el prolapso de las trompas, por no hacer una correcta extraperitonización de los muñones.

La neuropatía del ciático poplíteo externo es complicación inherente a una falta de disciplina en el quirófano, causada por nosotros mismos al colocar en forma inadecuada a la paciente y a los ayudantes.

Colpotomía-Culdotomía: La culdocentesis diagnóstica continúa siendo de gran ayuda para el embarazo extrauterino y la enfermedad pélvica crónica abscesificada

La culdotomía la realizamos especialmente para algunos casos de esterilización y en aquellos en donde se justifique una resección cuneiforme ovárica bilateral.

El personal en entrenamiento puede aprovechar esta excelente vía quirúrgica obteniéndose mayores ventajas si se ayuda con el culdoespéculo.

Al revisar el manejo de la sonda en el post-operatorio nos encontramos con una verdadera anarquía. No hay criterios definidos en este sentido por lo cual se recomienda seguir las siguientes instrucciones:

Sonda de Foley 16x5, a permanencia durante los primeros 4 días post-operatorios. Pueden hacerse o no los llamados "ejercicios vesicales". Lo que realmente sirve es la deambulación temprana, precoz, obligatoriamente al día siguiente. Evitar el dolor de la Perineorrafia, calor, baños perineales, lámpara perineal.

Retirar la sonda al cuarto día, 7 a. m. Enfermera que vigile la micción. A la segunda micción espontánea medir residuo con Foley 16x5. Si este es mayor de 100 c.c. dejar Foley a permanencia por 24 horas más y así sucesivamente hasta cuando haya un residuo inferior a los 50 c.c. Las dificultades de la sonda a permanencia se evitan acostumbrándonos a usar el Cystocath o drenaje supre-púbico, sistema que no dudamos en recomendar.

h. **Cirugía de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo** (I.U.E.).

149 casos de celes e incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas con diferentes procedimientos, sin un criterio uniforme y definido por no tener establecido una clínica para la I.U.E.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E.) es el escape involuntario de orina cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima, pero sin que exista actividad del detrusor.

Después de la obligada revisión del tema se concluye que la presencia de un ángulo uretrovesical posterior normal y un eje uretral conservados, son esenciales para el mecanismo de la continencia urinaria; en pacientes con I.U.E. están alterados tanto el uno como el otro en forma característica.

Por el Uretrocistograma con Cadena sabemos que el ángulo uretrovesical posterior (AUVP) no debe exceder de los 100 grados y el uretral anterior normal, siendo corregida por vía vaginal-Kelly-Kennedy. Si está asociada a patología ginecológica que requiera laparotomía, por un Marshall o un Tanago.

En el tipo B en ángulo uretrovesical posterior (AUVP) es mayor de 100 grados y el uretral anterior mayor de 30. Debe ser corregida por algunas de ellas, deberá realizarla el equipo en entrenamiento y el personal que atienda la Clínica de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y el Perfil Vaginal.

Muchos de los errores cometidos en la cirugía vaginal son debidos a la improvisación y a la falta de un ordenamiento mental, práctico y académico.

Los accidentes quirúrgicos inesperados no son inherentes a la cirugía ni al mal estado de la paciente. Son causados por la imprevisión al no tomarse oportunamente las medidas indispensables en el pre-operatorio. Rara vez se presenta una complicación en pacientes que hayan tenido la exacta valoración de un alto riesgo.

Las complicacoiones son el producto de una manifiesta incapacidad en el manejo del pre-operatorio adecuado.

Las sorpresas hacen parte de ese complejo intelectual que radica en las habilidades, destrezas y conocimientos. La impreparación y la falta de recursos quirúrgicos no son tan agresivos como la incapacidad paralizante que conlleva la omisión de una adecuada valoración pre-operatoria.

6.1.4. Cirugía en cáncer del aparato genital femenino (Gráficas Nos. 13 y 14).

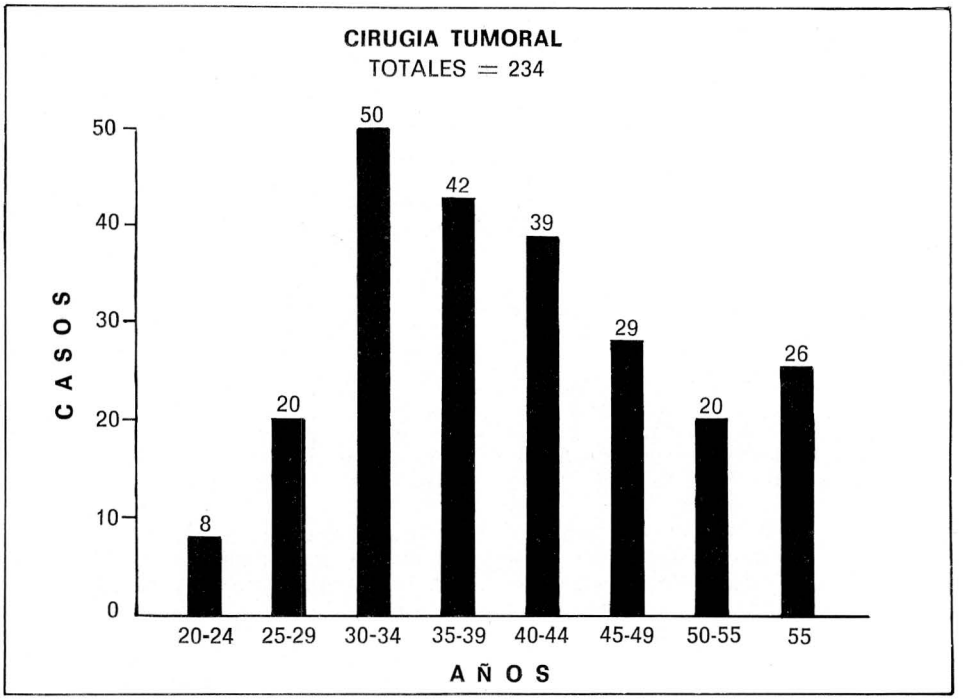
6.1.4.1. **Principios generales:**

La cirugía de cáncer no tiene en relación con los estudios preoperatorios y a la técnica en sí, mayores diferencias con la cirugía general.

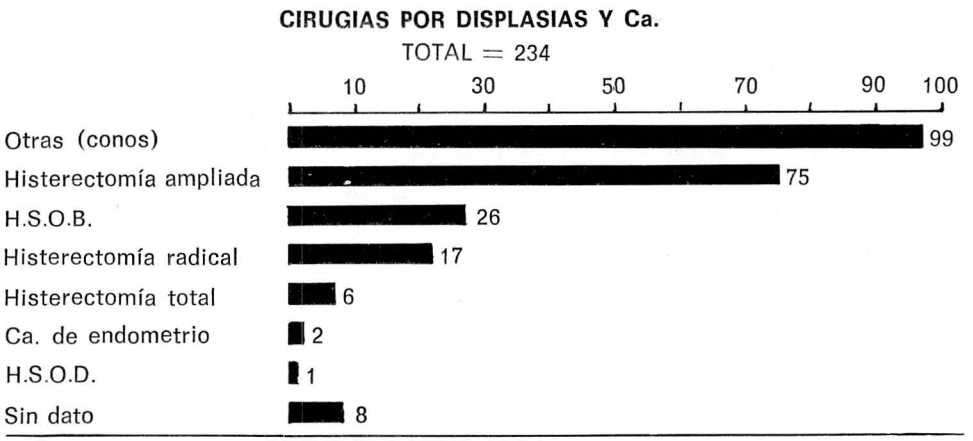
Se considera que la enferma debe hospitalizarse el día anterior a la intervención con estudio completo clínico, de laboratorio, rayos X de tórax, clasificación sanguínea, clasificación del estado clínico de tumor y estudio de Anatomía Patológica.

En algunos casos la cirugía tiene por objeto precisar el diagnóstico y tomar

Gráfica Nº 13



Gráfica Nº 14



muestra para Anatomía Patológica. Excepcionalmente se ordena hospitalización para preparación de la paciente, hidratación, transfusiones y estudios especiales, con algunos días de anterioridad.

6.1.4.2. **Cirugía en lesiones malignas del cuello:**

Realizado el estudio citológico, colposcópico, histopatológico y clasificada la lesión en estados clínicos, la enferma pasa por una Junta Quirúrgica, que se reúne semanalmente, y en ella se decide la conducta según protocolos establecidos.

a. Displasias Ca. in situ y Ca.

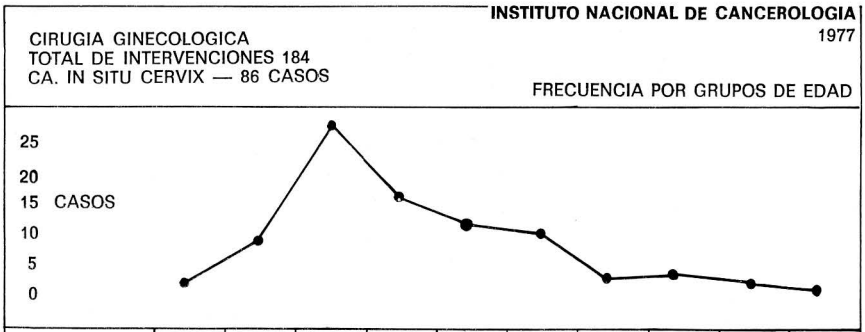
En las displasias el tratamiento inicial es la electrofulguración o termocauterio, adicionadas de tratamiento local de infecciones secundarias. Si la displasia es SEVERA y persiste o reaparece a pesar del tratamiento, está indicada la conización del cuello uterino. Si la displasia es SIMPLE o MODERADA y progresa a pesar del tratamiento, está indicada la conización.

En el Ca. IN SITU el protocolo considera que el tratamiento debe ser individualizado. En aquellos casos iniciales, circunscritos, con pocos focos con cuello aparentemente sano, de fácil seguimiento, se aconseja la conización y se practica sin tener en cuenta la edad de la enferma ni la paridad. En casos extensos o que se consideran agresivos o con patología asociada que lo amerite, se practica histerectomía extrafacial con Manguito Vaginal. Se pueden conservar los anexos. La extensión a la colposcopia, el compromiso de endocervix y la dificultad de control posterior inclinan por la práctica de la histerectomía.

En Ca. MICROINFILTRANTE se practica histerectomía extrafacial con manguito de vagina. Tanto en Ca. IN SITU como en Ca. MICROINFILTRANTE, si hay contraindicación para la cirugía, se utilizan cargas de Radium intracavitarias para tratamiento.

En Ca. IN SITU concomitante con embarazo se permite evolucionar la gestación y tener el parto por vía vaginal, se valoran las enfermas mensualmente, si se considera necesario se repiten las biopsias y al mes del parto se decide la conducta quirúrgica (Gráfica Nº 15 y Cuadro Nº 16).

Gráfica Nº 15



GRUPOS DE EDAD (años)	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Nc DE CASOS	2	9	26	18	11	10	3	4	2	1

Cuadro Nº 16

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

1977

CIRUGIA GINECOLOGICA
TOTAL DE INTERVENCIONES 184

I — POR PATOLOGIA DE CUELLO UTERINO 123 CASOS

DISPLASIAS	Conización Histerectomía	17 2	19 Casos
CA. IN SITU	Conización Histerectomía Abdominal Histerectomía Vaginal	37 46 3	86 Casos
CA. INFILTRANTE	Histerolinfadenectomía Radical	18	18 Casos

b. Tratamiento quirúrgico del Ca. infiltrante del cuello uterino.

Pre-operatorio. Previa clasificación clínica e histológica, radiografía de tórax, urografía y cistoscopia, electrocardiograma y concepto de Medicina Interna, se practica en los estados I y II a. histerolinfadenectomía radical. Se prefiere la cirugía porque quedan las enfermas con vagina competente, los resultados son excelentes y la permanencia de la enferma corta en el lugar del tratamiento. Si la enferma está embarazada la conducta es la misma pero si el feto se supone viable se inicia la cirugía con cesárea. Si el estudio patológico muestra adenopatías positivas para metástasis, se complementa el tratamiento con Cobaltoterapia.

6.1.4.3. **Tratamiento quirúrgico del Ca. de endometrio**

El protocolo se basa sobre la clasificación oficial de la FIGO. El diagnóstico en casi todos los casos se hace tomando biopsia con cureta de Novak de endometrio y de endocervix. El estado Ia. se practica histerectomía ampliada con manguito de vagina y se hace linfadenectomía íleo-obturadora. Si hay ganglios metastásicos se indica Cobaltoterapia post-operatoria. En el estado Ib. se indica tratamiento pre-operatorio con Cobalto y se practica histerectomía a las seis semanas. En el estado II se practica histerectomía radical con linfadenectomía, si hay ganglios positivos se indica Cobaltoterapia post-operatoria y a veces hormonoterapia con dosis altas de Progesterona, no se hacen raspados uterinos para diagnóstico sino en muy contados casos, se considera que con biopsia con cureta de Novak se diagnostican y clasifican la mayoría de los carcinomas de endometrio.

6.1.4.4. **Cirugía en tumores malignos de ovario**

Los protocolos se basan en la clasificación de la FIGO. En principio es necesario tener un diagnóstico histopatológico por lo cual aún en casos

avanzados es necesario practicar laparotomía. Los tratamientos complementarios con radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia suponen que el cirujano tratará de extraer el mayor volumen tumoral que sea posible sin afectar el estado general de la enferma y que con una exploración cuidadosa de pelvis, de las vísceras abdominales, de las cadenas linfáticas y del espacio subdiafragmático, hará clasificación quirúrgica para decidir los tratamientos complementarios.

Se practica biopsia por congelación cuando se sospecha que el tumor es maligno; si se confirma, en la mayoría de los casos se practica histerectomía total con anexectomía bilateral y omentectomía; se toma citología por lavado de peritoneo y centrifugado. En casos de tumor localizado, pequeño, encapsulado, es preferible si no se tiene biopsia por congelación, practicar anexectomía unilateral y sólo comprobado el diagnóstico de malignidad se practica nueva cirugía. A excepción de los estados Ia. los demás casos reciben radioterapia y quimioterapia post-operatoria.

6.1.4.5. **Tratamiento quirúrgico del Ca. de Vulva.**

Si es técnicamente posible se practica la vulvectomía radical tipo Basset. Cuando no se encuentran adenomegalias sospechosas inguinales se prescinde del vaciamiento ilio-obturador. En algunos casos de enfermas seniles y en malas condiciones sólo se practica vulvectomía simple y se irradian las cadenas inguinales.

7.1. **Estancias Pre y Post-operatorias**

En el pre-operatorio obtuvimos un promedio de estancias de dos días y en el post-operatorio de 7 días, con una variación máxima de 98 días en una paciente a la cual se le practicó una histerectomía vaginal complicada con una sepsis, y de 90 días en otra paciente a quien se le practicó una Salpingo-ooforectomía derecha con Peritonitis y sepsis (Cuadro Nº 17).

7.2. **Transfusiones**

Solo fueron transfundidas las pacientes en 428 intervenciones lo que da el 19.62% y sólo fue necesario aplicar más de 1.500 c.c. en 43 (el 10% de las 428 y el 2% del total de intervenciones practicadas) (Gráfica Nº 16).

7.3. **Correlación de los diagnósticos clínicos, quirúrgicos y anátomo-patológicos en 2.176 diagnósticos.** (Cuadro Nº 17).

Igualdad diagnóstico clínico, quirúrgico y anatomopatológico.

764 = 35.11%

Igualdad entre diagnóstico clínico y quirúrgico.

2.008 = 92.27%

Igualdad entre diagnóstico clínico y anatomopatológico.

779 = 35.79%

Cuadro Nº 17

ESTANCIAS

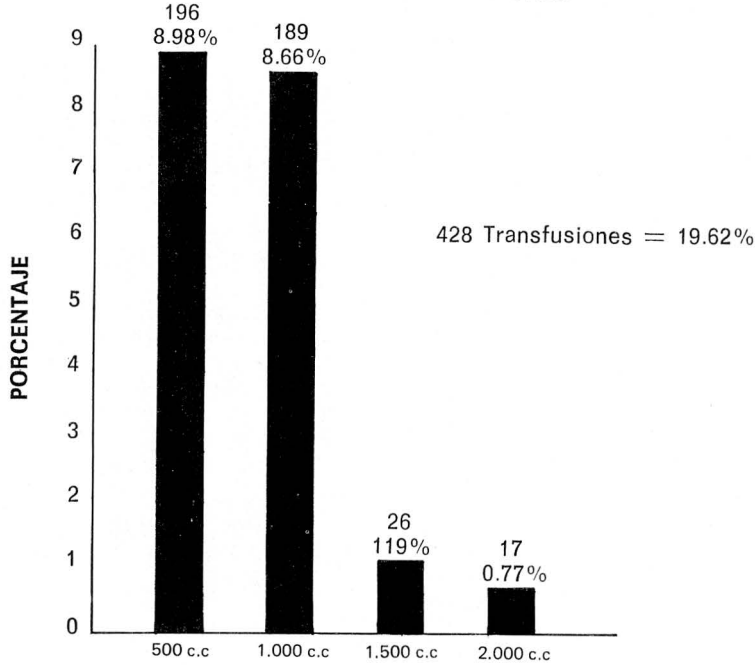
2.181 INTERVENCIONES

Pre-operatorios promedio 2 días	Post-operatorio Promedio 7 días

Gráfica Nº 16

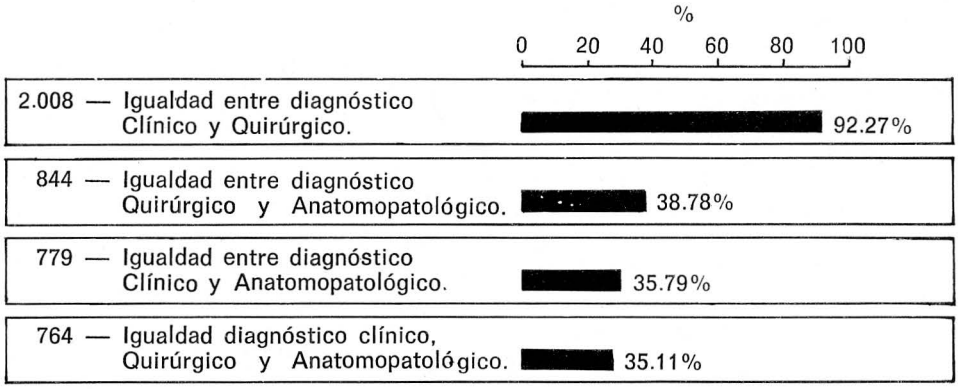
TRANSFUSIONES DE SANGRE-TOTAL

2.181 INTERVENCIONES



Gráfica Nº 17

CUADRO COMPARATIVO DE DIAGNOSTICO CLINICO, QUIRURGICO, ANATOMOPATOLOGICO Y SU CORRELACION



Igualdad entre diagnóstico quirúrgico y anatomopatológico.

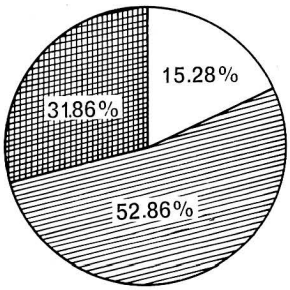
844 = 38.78%

7.4. **Morbilidad** (Gráficas 18 y 19).

Solo obtuvimos dato de morbilidad achacable a la intervención quirúrgica en 333 casos (15.26%) discriminados así:

Infecciones	171	51.39%
Retención urinaria	64	19.21%
Cardio-respiratorias	22	6.60%
Hematomas	23	6.90%
Hemorragias	17	5.10%
Dehiscencia Colporrafia	13	3.90%
Dehiscencia pared abdominal	5	1.50%
Otras	18	5.40%
Total	333	100.00%

Gráfica Nº 18



Cuadro Nº 32

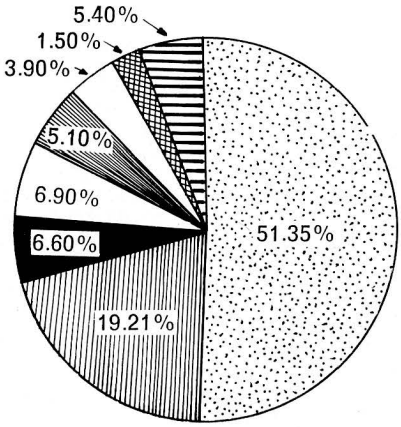
MORBILIDAD

TOTAL 2.181 INTERVENCIONES

CONVENCIONES

Sí morbilidad		333 Casos
No morbilidad		1.163 Casos
Sin dato		695 Casos

Gráfica Nº 19



MORBILIDAD

CONVENCIONES

Infecciones		171 Casos
Retención urinaria		64 Casos
Cardio-respiratorias		22 Casos
Hematomas		23 Casos
Hemorragias		17 Casos
Deshicencia colporrafia		13 Casos
Dehiscencia pared abdominal		5 Casos
Otras		18 Casos
		333 Casos

Cuadro Nº 18

MORBILIDAD 333 EN 2.181 INTERVENCIONES

Infecciones = 171 = 51.35%
7.84 del total

Urinarias	Cirugía Vaginal	41	70
	Cirugía Abdominal	29	
Absceso Cúpula Vaginal	Cirugía Vaginal	34	49
	Cirugía Abdominal	15	
Absceso de pared abdominal			21
Absceso post-conización			5
Vaginal y/o periné			15
Otras	Septicemia		1
	Peritonitis		3
	Proceso febril		7

7.4.1. **Retención urinaria** (Cuadro Nº 19)

64 = 19.21%

2.93% del total

Cirugía Vaginal	61
Cirugía Abdominal	3

7.4.2. **Cardio-respiratorios** (Cuadro Nº 20)

22 = 6.60%

1.00% del total

Embolia e infarto pulmonar	1
Bronquitis	5
Bronconeumonía	4
Infarto y/o isquemia Sub-endocárdica	6
Tromboflebitis	3
Fibrilación auricular	1
Infarto mesentérico	1

7.4.3. **Hematomas** (Cuadro Nº 22).

23 = 6.90%

1.05% del total

Tabique rectovaginal	1
Herida abdominal	8
Cúpula vaginal	14

Hemorragias 17 = 5.10%
0.77% del total

Conización	9
Otras	8

7.4.4. **Dehiscencia Colporrafia** (Cuadro Nº 21).

13 = 3.90%

0.59% del total

Dehiscencia de Pared Abdominal (Cuadro Nº 21).

5 = 1.50%

0.22% del total

7.4.5. **Otras** (Cuadro Nº 23).

18 = 0.68%

Rupturas viscerales	Recto	3	6
	Vejiga	3	

Prolapso de cúpula	2
Incontinencia urinaria	1
Reacción anafiláctica	1
Ilius paralítico	3
Fístulas de intestino delgado	2
Evisceración	3

Es interesante observar cómo no se encuentran complicaciones que antaño eran muy frecuentes tales como las fístulas, hemorragias masivas, obstrucciones intestinales, etc., lo que habla bien del nivel de las instituciones y del personal que en ellas trabajan.

Cuadro Nº 19

MORBILIDAD

Retención urinaria	64	= 19.21% 2.93% del total
Cirugía vaginal	61	
Cirugía abdominal	3	

Cuadro Nº 20

MORBILIDAD

Cardio respiratorios	22	= 6.60% 1.00% en total
Embolia e infarto pulmonar	1	
Bronquitis	5	
Bronconeumonía	4	
Infarto y/o Isquemia subendocárdica	7	
Tromboflebitis	3	
Fibrilación auricular	1	
Infarto mesentérico	1	

Cuadro Nº 21

MORBILIDAD

Dehiscencias colporrafia	13	= 3.90% 0.59% del total
Dehiscencias pared abdominal	5	= 1.50% 0.22% del total

Cuadro Nº 22

MORBILIDAD		
Hematomas	23	= 6.90% 1.05% del total
Tabique rectovaginal	1	
Herida abdominal	8	
Cúpula vaginal	14	
Hemorragias	17	= 5.10% 0.77% del total
Conización	9	
Otras	8	

Cuadro Nº 23

MORBILIDAD		
Otras	18	= 0.68%
Rupturas viscerales	Recto 3 Vejiga 3	= 6
Prolapso de cúpula		2
Incontinencia urinaria		1
Reacción anafiláctica		1
Ilius paralítico		3
Fístulas de intestino delgado		2
Evisceración		3

7.5. **Mortalidad** (Cuadro Nº 24).

Solo tuvimos en las 2.181 intervenciones quirúrgicas 4 muertes (0.18%) achacables a la intervención quirúrgica; 2 de ellas en el post-operatorio mediato por una carcinomatosis generalizada por cáncer de ovario y 2 muertes en el post-operatorio de histerectomías vaginales complicadas por sepsis cuyo punto de partida fue un absceso en la cúpula vaginal.

Cuadro Nº 24

MORTALIDAD

2.181 INTERVENCIONES

4 Casos = 0.18%

— 2 Casos de carcinoma de ovario
— 2 Casos de absceso, cúpula y sepsis en histerectomía vaginal

8. **Raspados Uterinos** (Cuadro Nº 25). Para terminar quiero referirme brevemente al estudio que se hizo sobre 1.061 raspados uterinos por problemas ginecológicos. Se correlacionan los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos entre sí encontrándose una excelente concordancia como se puede ver en el cuadro correspondiente, máxime teniendo en cuenta que la mayoría de ellos se hacen con fines diagnósticos. Es de comentar aquí que en la mayoría de los casos no es necesario someter a la paciente a este procedimiento pues con la cureta de Novak o Randall se podrán tomar las muestras y se obtienen los mismos resultados, con la enorme economía de tiempo, costos, etc.

Cuadro Nº 41
RASPADOS UTERINOS
TOTAL 1.061

Años	Total	Igual diagnóstico clínico y patológico	Porcentaje
≤ 19	16	12	75.00
20 — 24	136	108	79.41
25 — 29	184	147	79.89
30 — 34	172	124	72.09
35 — 39	162	114	70.37
40 — 44	140	89	63.57
45 — 49	145	89	61.37
50 — 54	79	44	55.69
≥ 55	27	10	37.03
	1.061	737	69.46
			$\bar{X}$ = 66.04

9. **Recomendaciones**

9.1. Es fundamental el establecer protocolos para el estudio y el tratamiento de las entidades ginecológicas. En estos deben quedar claramente establecidas las normas y procedimientos que deben cumplir todos los miembros del Departamento de Gineco-Obstetricia de cada institución.

9.2. Los estudios pre-operatorios deben incluir una citología cérvico-vaginal y unos exámenes de laboratorio básicos, sin caer en excesos y según los antecedentes de la paciente y las facilidades con que cuenta cada Institución. En las mujeres mayores de 40 años será necesario solicitarles algunos exámenes complementarios como rayos X de tórax, electrocardiograma y una valoración clínica especial.

9.3. Se recomienda especialmente una valoración pre-anestésica en todos los casos.

9.4. No se usan los antibióticos profilácticos.

9.5. Se deberá hacer una buena preparación del campo quirúrgico y una adecuada limpieza de la cavidad vaginal pues así se disminuirá la morbilidad.

9.6. Aunque las estadísticas demuestren la preferencia en nuestro medio de las incisiones verticales, consideramos conveniente incrementar el uso de las transversales.

9.7. Se recomienda la doble ligadura por transficción de los pedículos vasculares.

9.8. La hemostasis y la fijación de la cúpula vaginal es de capital importancia; por esta razón aconsejamos la sutura en corona y el uso de los ligamentos como sostén.

9.9. Debemos conservar los ovarios en la mujer joven, punto que en ocasiones se pasa por alto especialmente en la cirugía del embarazo ectópico. Por otra parte no creemos que se justifique la conservación de los anexos después de las histerectomías practicadas a mujeres mayores de 45 años.

9.10. Al practicar biopsias de ovario es fundamental marcarlas, indicando el lado de donde provienen.

9.11. Siempre se deben inspeccionar los anexos al practicar histerectomías vaginales y ante hallazgos patológicos efectuar el tratamiento en el mismo acto quirúrgico.

9.12. Debe establecerse como una rutina en toda sala de cirugía el hacer el recuento de compresas y gasas.

9.13. Al terminar las histerectomías abdominales es bueno dejar libre de sangre y secreciones la cavidad vaginal para eliminar una causa de infección.

9.14. Es muy importante el cuidar la posición en que colocamos a las pacientes durante el acto quirúrgico evitando con esto compresiones, etc., como ocurre con los estribos en la cirugía vaginal.

9.15. Debemos ser parcos en la aplicación de transfusiones y solo usarlas en casos estrictamente necesarios.

9.16. Como tratamiento del dolor recomendamos el uso de analgésicos puros incluyendo en algunos casos los opiáceos.

9.17 Deambulación precoz en todas las pacientes, incluyendo las de cirugía vaginal.

9.18. Se deben disminuir al máximo los raspados biopsias y solo hacerlos con fines terapéuticos. Las muestras tomadas como curetas de Novak o de Randall son suficientes para el diagnóstico.

9.19. Deberá ser obligatorio el estudio histopatológico en todo tejido extirpado.

9.20. En el tratamiento de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, deben seguirse pautas precisas basadas en la C.C.V. y biopsia.

9.21. En cirugía ginecológica se considera fundamental una completa descripción de los hallazgos operatorios y de los procedimientos quirúrgicos

Resumen

Después de una introducción y de una breve reseña histórica, en la cual se resaltan las labores desarrolladas por los pioneros de la Cirugía Ginecológica en Colombia, se proponen con fin docente una serie de normas para seguir en el pre y post-operatorio.

Se plantean los siguientes objetivos:

1. Establecer la frecuencia de la Cirugía Ginecológica en la ciudad de Bogotá, D. E.
2. Registrar los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente empleados en las diferentes Instituciones encuestadas, enumerando las normas generales pertinentes.

Para cumplir estos objetivos fue necesario hacer un análisis estadístico excluyendo los casos de patología infecciosa grávido puerperal, así como las cesáreas y sus complicaciones.

Se revisaron 2.137 historias clínicas y se consignaron 2.181 intervenciones quirúrgicas realizadas entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 1977.

Se dividen los procedimientos quirúrgicos en cirugías uterinas (603), cirugías de anexos (400), cirugías practicadas por vía vaginal (900) y cirugías para tratar displasias cervicales y tumores malignos del aparato genital (234).

Se revisan las estancias pre y postoperatorias, el uso de transfusiones, sondas vesicales, antibióticos y la morbi-mortalidad.

Para terminar se dan recomendaciones.

GYNECOLOGICAL SURGERY STORY

Summary

After an introduction and a brief background, where the works executed by the pioneers of Ginecological Surgery in Colombia are outlined, a series of rules to be followed both in Pre and in Post-Surgery are proposed for educational purposes.

The following objectives were set forth:

1. To determine the frequency of Ginelogical Surgery in Bogotá, D. E.
2. To record the surgical procedures most commonly used in the various Institutions surveyed, listing the corresponding general rules.

In order to fulfill these objectives, it was necessary to make a statistical analysis without including the cases of puerperal pregnancy with infectious pathology nor Caesareans and their complications.

2,137 Clinical Records were reviewed and 2,181 surgical interventions, perfomed from January 1 through December 31, 1977, were recorded.

The surgical procedures are divided into Uterine Surgeries (603), Adnexa Surgeries (400), Surgeries perfomed through the vagina (900) and Surgeries to treat cervical Dysplasia and malignant tumors of the genital apparatus (234).

Pre and Postoperative stays are analyzed, as welle as the use of transfusions, vesical sounds antibiotics and the morbi-mortality rate.

Finally, suggestions were given.