

INFECTOLOGÍA

COMPORTAMIENTO DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS. HOSPITAL AMÉRICA ARIAS

Rubén Coca Monteguado*
Carlos Mauricio Montoya Baltodano**
Priscilla Fernández Loaiza***

SUMMARY

The disorders of the genital feminine device that appear during the childhood and the adolescence are slightly frequent. Because of it the importance of realizing a retrospective, analytical, descriptive study on the cases that surrendered to surgery, in a certain period of time (1995-2002), in the hospital America Arias. Everything with the aim to know the reasons, diagnosis methods and risk factors that motivated the above mentioned procedures, to be able like that to define future conducts and observe the behavior of the same ones to later.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del aparato genital femenino que aparecen durante la niñez y la adolescencia son en general poco frecuentes, sobre todo aquellos que tienen una base orgánica (1). Existe no obstante una gama algo más amplia de alteraciones funcionales que son el motivo principal por el cual asisten a nuestras consultas las niñas y adolescentes. Sin embargo es incuestionable que varios factores como la precocidad en las relaciones sexuales, el no uso ó uso indebido de los medios anticonceptivos y la práctica deliberada del aborto como

forma habitual para controlar la natalidad, hace muy vulnerable a nuestra población adolescente y comprometen severamente su salud reproductiva.

OBJETIVOS

- 1) Realizar estudio de las causas que motivaron cirugía electiva y urgente en la paciente menor de veinte años.
- 2) Determinar los factores de riesgo más importantes que se asocian a las patologías quirúrgicas en estas edades.
- 3) Exponer los principales medios diagnósticos utilizados, así como los procedimientos quirúrgicos y el

* Especialista I Grado Ginecología y Obstetricia. Diplomado en Ginecología Infanto-Juvenil. Hospital América Arias, La Habana Cuba.

** Medicina y Cirugía. Hospital Enrique Baltodano Briceño de Liberia. Costa Rica.

*** Medicina y Cirugía. Costa Rica.

diagnóstico anatomopatológico de los casos operados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, descriptivo y retrospectivo sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas a todas las pacientes menores de veinte años en el Hospital Gineco-Obstétrico Docente América Arias durante los años 1995 al 2002. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas del departamento de estadística. Se evaluaron variables como edad de la primera relación sexual, historia ginecológica, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, complicaciones; los cuales fueron llevados a una encuesta elaborada para tal efecto y posteriormente volcadas en tablas de doble entrada. Se detallan casos únicos que por su importancia aparecen en el análisis aunque no se presentan en tablas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

AFECCIONES QUIRÚRGICAS DE OVARIOS

Los tumores de ovarios se consideran las neoplasias más frecuentes del aparato genital femenino durante las etapas de la niñez y la adolescencia en muestra casuística representaron algo más del 34% del total de

patologías quirúrgicas a lo largo de estos siete años (Tabla No. 1) En la Tabla No. 2 podemos apreciar cual fue el comportamiento de la patología de ovario que requirió intervención quirúrgica. Como puede verse, los quistes funcionales (el folicular y luteínico) representaron más de la mitad del total de la patología quirúrgica de ovario. La causa de la cirugía fue la complicación en la mayoría de los casos. (1) El segundo lugar en importancia lo ocuparon los teratomas. La mayoría de los autores (6, 8,10) conceden a esta patología el primer lugar en orden de importancia dentro de los tumores de ovario en la niña y la adolescente. Luego, fueron intervenidos otra serie de casos con el diagnóstico de cistoadenoma seroso y mucinoso. Llama la atención entre estos el diagnóstico anatomopatológico de un endometrioma. De forma general podemos decir que se realizó cirugía conservadora. En cuanto al diagnóstico, el medio auxiliar que más se usó fue la ecografía (15 casos) En siete pacientes fue necesaria la Laparoscopia y uno requirió además el concurso de la T.A.C.

EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico fue la segunda patología en orden de frecuencia por la cual fue necesario intervenir mayor número de pacientes según nuestra revisión. Es indudable que esta patología

ha ido incrementándose a medida que transcurren los años. (1, 2, 5) Esta misma tendencia se está apreciando en la mayoría de los países industrializados, según referencias bibliográficas (2,3, 9). En la tabla 3 podemos observar que el 90% tenían factores de riesgo para desarrollar esta entidad. Los medios auxiliares de diagnóstico más importantes. La punción del Douglas y la Laparoscopia presentaron un récord idéntico (40%).

PATOLOGÍA DE CUELLO

En la Tabla No. 8 podemos apreciar los antecedentes más importantes de las seis pacientes operadas en nuestro servicio bajo el acápite de patología cervical. No cabe la menor duda que el aspecto más importante es el relacionado con el inicio de la actividad sexual. En nuestro estudio la edad promedio del primer coito fue de 14.3 años como podemos ver. En la Tabla No. 9 vemos los diagnósticos Anatomopatológicos de las pacientes intervenidas. El 50% de los casos resultó ser Carcinoma in situ y el 33.3 % Neoplasia Intracervical Grado III. Es de resaltar que el 100% de las pacientes estaban infectadas con el Virus Papiloma Humano (H.P.V.) Estudios modernos tienden cada vez más a relacionar algunas cepas del H.P.V con la etiología del cáncer cervical (1, 11) sobre todo cuando existen cofactores agravantes y hay que decir por añadidura

que la prevalecía del H.P.V. en la adolescencia es muy alta (7). De manera general en nuestra serie el motivo de consulta más frecuente fue la leucorrea y en todos los casos la colposcopia fue decisiva en el diagnóstico. En dos pacientes se realizó citología orgánica y en cinco se complementó el diagnóstico con biopsia por ponche. A todas las pacientes se les realiza una conización.

HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES

La hipertrofia y asimetría de los labios menores es una anomalía que puede presentarse con cierta frecuencia en niñas y adolescentes jóvenes. (11) En nuestro caso hemos observado una posible tendencia familiar pues las madres de las niñas tratadas también han tenido el padecimiento. En estas pacientes, para decidir la intervención, ha primado siempre el criterio de necesidad que manifiesta el paciente. La causa básica ha sido la impotencia funcional pues manifiestan incomodidad al realizar sus necesidades rutinarias. La intervención fue sencilla, en todos los casos con resultados estéticos muy favorables y una estadía mínima.

HIMEN IMPERFORADO E HIDROHEMATOCOLPOS

En nuestro estudio lo hemos observado en tres pacientes con edades todas inferiores a los 5 días

como consecuencia seguramente de la crisis genital que tanto se describe en la recién nacida. El criterio quirúrgico ha sido siempre la existencia de obstrucción visible y palpable de flujo de salida. Con ese criterio se han seleccionado esos tres casos que como ya se apuntó fueron intervenidos entre el 1ro y 5to día de nacidas.

LEIOMIOMA UTERINO

Se diagnostica preferentemente entre los 35 y 54 años, pero es un evento muy raro antes de los 20 años de edad. (1, 8) Comentaremos a continuación el caso de una adolescente de 15 años de edad remitida a nuestra consulta desde un área rural, con motivo de aquejar hipermenorrea y aumento brusco del volumen del vientre con gran sensación de peso. La exploración física reveló una masa abdominal, sólida, algo móvil y dolorosa al tacto y a la movilización, que superaba con facilidad la cicatriz umbilical y de contornos irregulares y consistencia firme. Luego del ingreso y los complementarios de rutina se le practicó una ecografía que nos informó de una masa sólida de unos 25 cm de diámetro que parecía corresponder con un tumor sólido de ovario. Se decidió realizar una laparotomía en la que se encontró una tumoración sólida con formaciones vasculares extensas en su periferia y ruptura de su capa serosa. Una exploración más minuciosa nos evidenció

que los ovarios eran normales y que la referida tumoración era gigantesco mioma intramural con cambios degenerativos que resultó en una histerectomía total, previa biopsia por congelación, para corroborar diagnóstico.

AGENESIA VAGINAL Y CERVICAL

En el año 1997 se consultó una adolescente de 14 años de edad con un cuadro de dolor pélvico a veces muy pronunciado, amenorrea y el posible diagnóstico de hímen imperforado con hematocolpos. Al examen físico constatamos una niña, con genitales externos aparentemente normales, y un cuadro doloroso en toda la región del hipogastrio, nos percatamos que tenía una vagina particularmente corta (de unos 2 cm de longitud) y en el tacto rectal se apreció un útero aumentado de tamaño que parecía “flotar” en la pelvis, muy doloroso a la movilización. Se le practicó además examen ecográfico y Laparoscopia diagnóstica. Establecimos así el diagnóstico de agenesia vaginal, hematometra importante y menstruación retrógrada que ocasionó varios focos endometriósicos peritoneales. (1) En primera instancia se decidió la realización de una plastia vaginal con técnica de expansión tisular sin encontrar nunca la presencia del cérvix. Se dejó un tutor vaginal plástico removible con perforación en su interior.

Un mes después se abordó la paciente por vía abdominal para tratar de realizar una comunicación fistulosa entre el útero y la vagina neoformada. En el transoperatorio se descubrió la existencia de un útero normal, aumentado de tamaño, dilatado por su contenido hemático pero con ausencia de cérvix, suspendido en la pelvis únicamente por los ligamentos anchos. Los ovarios eran normales. Se realizó una histerotomía longitudinal, se evacuó la hematometra y se cerró el cuerpo uterino dejando en su interior una sonda de balón. Esa sonda se exteriorizó a través de la vagina

con la ayuda del tutor vaginal. Tres meses después la sonda se perforó espontáneamente, saliendo al exterior. Se comprobó la persistencia del trayecto fistuloso entre útero y vagina y se dió alta a la paciente con chequeos periódicos.

CONCLUSIONES

- 1) La cirugía mayor resulta una alternativa válida cuando no se dispone del servicio de cirugía endoscópica, según nuestra experiencia.
- 2) Los quistes funcionales, teratomas ováricos y el embarazo

ectópico resultaron las afecciones quirúrgicas más frecuentes en nuestras adolescentes.

- 3) El embarazo ectópico tiene una incidencia creciente en nuestra población adolescente.
- 4) La relaciones sexuales precoces y el antecedente de abortos fueron los factores más importantes en las adolescentes con patología cervical.
- 5) La infección por HPV tiene una incidencia elevada en nuestras adolescentes con vida sexual activa.

TABLA No. 1 GENERAL DE CASOS OPERADOS

	No.	%
Tumores de ovario	25	34.25
Embarazo Ectópico	20	27.40
Complicaciones obstétricas	8	10.96
Patología de cuello	6	8.22
FIBROADENOMA de mama	5	6.85
Asimetría y/o Hipertrofia de labios	4	5.48
Hidrocolpos e Himen imperforado	3	4.10
Agnesia cervical y vaginal	1	1.37
LEIOMIOMA Uterino	1	1.37
TOTAL	73	100.00

TABLA No. 2 HISTOLOGÍA DE LOS TUMORES DE OVARIOS

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO	No.	%
Quistes funcionales complicados	13	52.0
Teratomas	6	24.0
Cistoadenoma Seroso	2	8.00
Cistoadenoma mucinoso	1	4.00
Endometrioma	1	4.00
Sin clasificar	2	8.00
TOTAL	25	100

TABLA No.4 MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO. EMBARAZO ECTÓPICO

MEDIOS	No.	%
Punción del Douglas	8	40.0
Laparoscopia	8	40.0
Punción abdominal	2	10.0
Ecografía	2	10.0
TOTAL	20	100.0

TABLA No.5 CIRUGÍAS REALIZADAS POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

TIPO DE CIRUGÍA	No.	%
Histerectomías totales	5	62.5
Histerorrafias	3	37.5
TOTAL	8	100.0

TABLA No. 6 PATOLOGÍA DE CUELLO. ANTECEDENTES

Edad promedio de las P.R.S.	14.3 años
Antecedentes de abortos	4 pacientes
Antecedente de E.I.P.	1 paciente
Antecedente de D.I.U.	1 paciente
TOTAL DE PACIENTES OPERADAS	6 pacientes

TABLA No. 3
EMBARAZO ECTÓPICO V.S. FACTORES DE RIESGO

CARACTERÍSTICAS	No.	%
Pacientes con factores de riesgos	18	90.00
Pacientes sin factores de riesgos	2	10.00
TOTAL DE CASOS	20	100.00

TABLA No. 7
PATOLOGÍA DE CUELLO. DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO	No.	%
<i>Carcinoma IN SITU</i>	3	50.0
<i>Nic III</i>	2	33.3
<i>Nic II</i>	1	16.7
<i>H.P.V.</i>	6	100.0

RESUMEN

Los trastornos del aparato genital femenino que aparecen durante la niñez y adolescencia son poco frecuentes. Por eso la importancia de realizar un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, sobre los casos que se sometieron a cirugía mayor, en un período de tiempo determinado (1995-2002), en el Hospital Gineco-Obstétrico América Arias. Todo esto con el objetivo de conocer las causas métodos diagnósticos y factores de riesgo que motivaron la realización de dichos procedimientos quirúrgicos. Con esto poder definir futuras conductas y observar el comportamiento de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Berek J.S. Ginecología de Novak. Lippincott Williams & Wilkins, 14ª ed. 2008. 454, 462, 575, 617, 1515-1610.
- 2) Casta J. y cols. Incidence of ectopic pregnancy. First results of a population based register in France. Hum Reprod. 1994. 9: 742 – 745.
- 3) Codte J. y otros. Embarazo Ectópico en: Cuadernos de Medicina Reproductiva. Panamericana 1996 29 – 16.
- 4) Cunningham G. Leveno K. et al: Obstetricia de Williams. McGraw Hill 22ª ed. 2006. 253-272.
- 5) Doumerl. S. y Fernandez H. Diagnóstico ecográfico de los embarazos ectópicos en: Cuadernos de Medicina Reproductiva. Panamericana 1996 2.: 68 – 69
- 6) Jean Herriot Emans. Tumores ováricos benignos y malignos en: Ginecología en Pediatría y la Adolescencia. México. Mc GRAW – HILL. Interamericana 2000: 425 – 430
- 7) Jean Herriot Emans. Infecciones por H.P.V. en Adolescentes en: Ginecología en Pediatría y Adolescencia. México. Mc Graw – Hill Interamericana 2000: 392.
- 8) Jones H. y Heller R. Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Paz Montalvo. 1970 175 – 198.
- 9) Makinen J. Y. Is the epidemic of ectopic pregnancy over? Proceeding of the 10 th Meeting of the International Society for STD Research. Helsenki. August 29 – September. 1. 1993.
- 10) Pahisa J. Gil E. Tumores benignos de ovario en: Manual de Obstetricia y Ginecología. MASSON – SALVAT. 1994. 445 – 448.
- 11) Pelaez J. Aborto y Adolescencia en: Ginecología Infanto Juvenil. Científico – Técnica 1998. 178. **12)** Pelaez J y cols. Ginecología Infanto – Juvenil. Científico Técnica 1998. 137 – 139.
- 13) Pernoll M. Manual de Obstetricia y Ginecología. Mc Graw Hill, 10ma ed. 2003. 705.
- 14) Vanegas R. Afecciones del cervix uterino en adolescentes en: Ginecología Infanto Juvenil. Científico Técnica. 1998. 142 – 152.
- 15) Vanrell J.A. Embarazo Ectópico en: Manual de Obstetricia y Ginecología. MASSON SALVAT. 1993. 196 – 198.