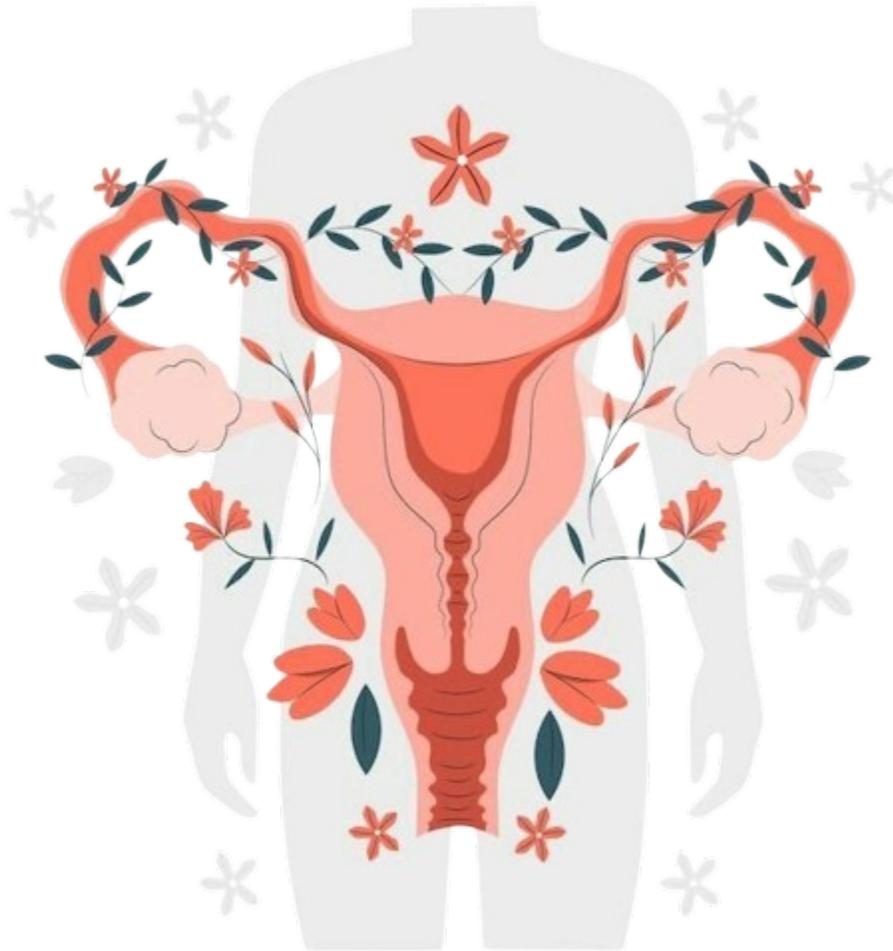


Especialidad

GINECOLOGIA



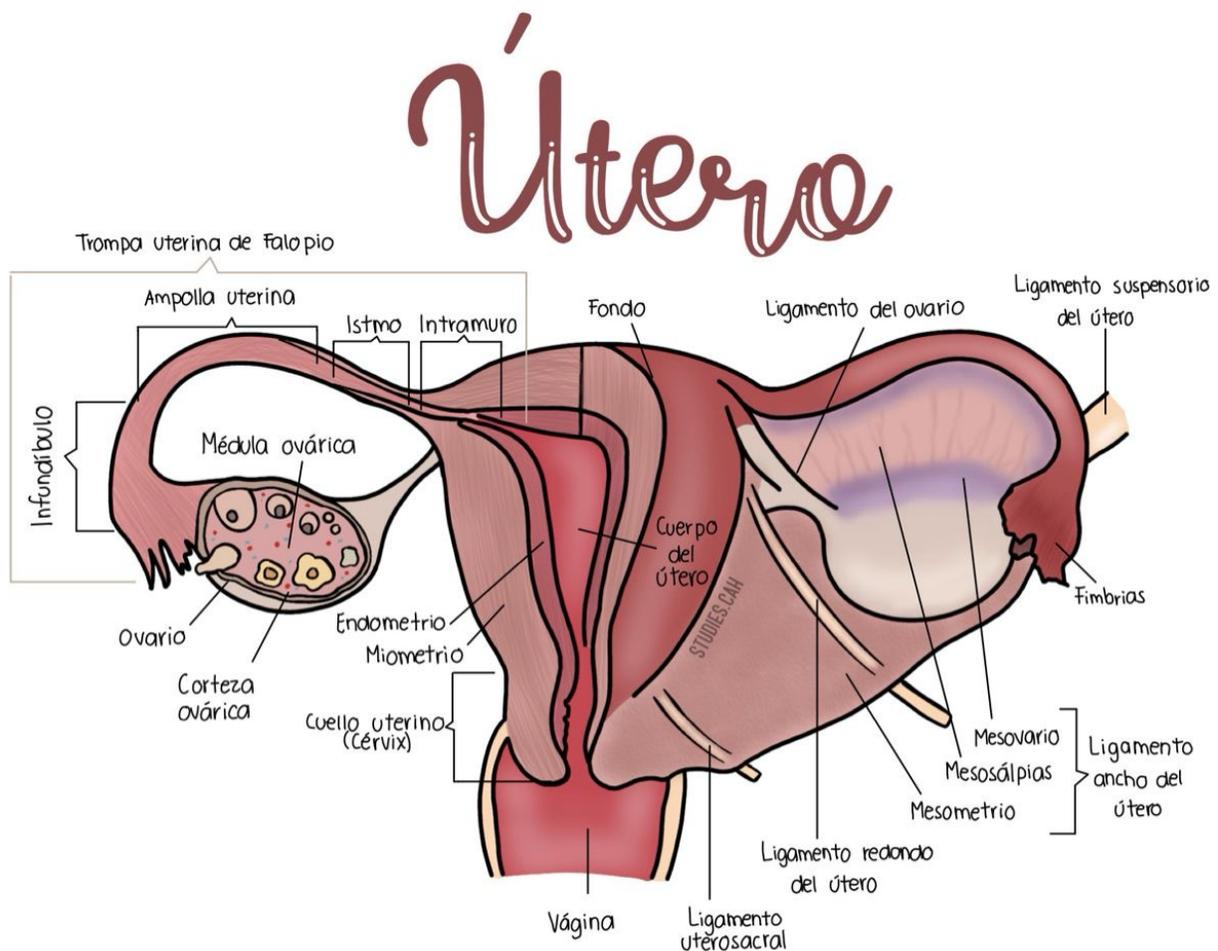
ANATOMIA

Aparato reproductor femenino

El útero es un órgano fundamental en el proceso de gestación y el de mayor tamaño dentro del sistema reproductor femenino. Se trata de una estructura muscular y hueca, con forma de pera, ubicada en la región pélvica de la mujer, específicamente en la pelvis mayor.

En su posición de anteversión, el útero se encuentra inclinado hacia adelante, apoyándose sobre la vejiga urinaria en su parte anterior, mientras que el recto se localiza por detrás. Este órgano se sitúa estratégicamente entre la vagina y las trompas de Falopio, cumpliendo una función esencial en la reproducción.

Durante la concepción, el embrión en su fase temprana de desarrollo, conocido como blástula, llega hasta el útero y se adhiere a la capa interna de su pared, denominada endometrio. Este proceso de implantación marca el inicio de la gestación, permitiendo el desarrollo del futuro feto en un ambiente óptimo para su crecimiento.



Capas del útero

El útero está compuesto por tres capas principales, cada una con funciones específicas en la gestación y el ciclo menstrual:

1. Endometrio: Es la capa interna del útero y la más importante para la implantación del embrión. Su grosor varía a lo largo del ciclo menstrual en respuesta a las hormonas, preparándose para recibir un óvulo fecundado. En caso de que no haya embarazo, se desprende durante la menstruación.

2. Miometrio: Es la capa media y la más gruesa del útero, formada por tejido muscular liso. Su función principal es facilitar las contracciones uterinas durante el parto y también en la menstruación.

3. Perimetrio: Es la capa externa del útero, constituida por tejido conectivo y una parte del peritoneo. Su función es proporcionar soporte estructural y protección al útero dentro de la cavidad pélvica.

Regiones del útero

El útero se divide en dos regiones principales, cada una con características anatómicas y funcionales específicas:

1. Cuerpo uterino: Es la parte más voluminosa del útero y donde se lleva a cabo la implantación del embrión y el desarrollo del embarazo. En sus extremos laterales se encuentran las trompas de Falopio, que permiten la comunicación con los ovarios. Esta región está separada del cuello uterino por una zona de transición llamada istmo uterino.

2. Cuello uterino o cérvix: Es la parte inferior y estrecha del útero, conectada con el istmo en su extremo superior. Su extremo inferior sobresale ligeramente en la porción superior de la vagina, formando una estructura denominada portio o hocico de tenca.

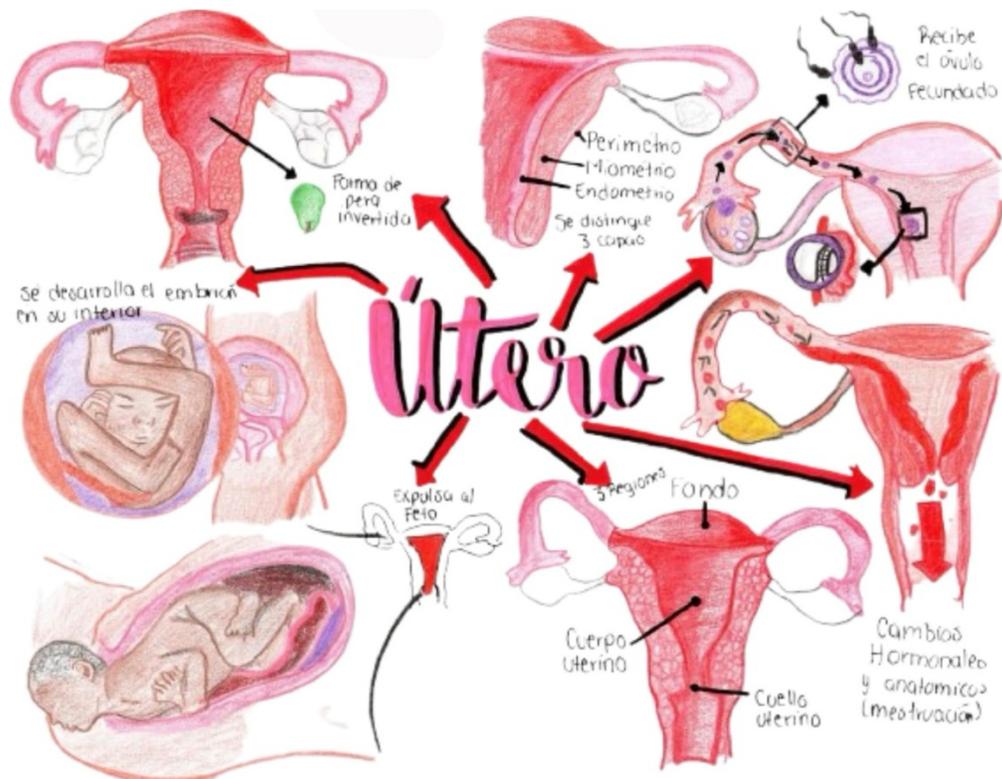
- El orificio cervical externo es la abertura a través de la cual el cérvix comunica con la vagina.
- Su forma varía según la paridad (si la mujer ha tenido partos o no).

Ligamentos

- Ligamento redondo
- Ligamento ancho
- Ligamentos cardinales
- Ligamentos uterosacros

Irrigación del útero

El útero recibe su irrigación sanguínea a partir de dos fuentes principales: la arteria uterina y la arteria vaginal larga. Ambas son ramas viscerales que se originan de la arteria hipogástrica, la cual es una subdivisión de la arteria ilíaca interna.



Fisiología del aparato reproductor femenino

El aparato reproductor femenino cumple funciones esenciales en la reproducción, reguladas por procesos hormonales y fisiológicos que permiten el desarrollo del ciclo menstrual, la fecundación y el embarazo.

1. Ciclo menstrual

Proceso cíclico que prepara el útero para una posible gestación. Se divide en:

- Fase folicular: Crecimiento de folículos ováricos y aumento de estrógenos.
- Ovulación: Liberación del óvulo en la trompa de Falopio.
- Fase lútea: Producción de progesterona para preparar el endometrio; si no hay fecundación, ocurre la menstruación.

2. Fecundación y embarazo

- La fecundación ocurre en la trompa de Falopio.
- El embrión viaja al útero y se implanta en el endometrio.
- Durante el embarazo, la placenta nutre al feto y produce hormonas esenciales.

3. Función hormonal

- Estrógenos: Regulan el ciclo menstrual y la ovulación.
- Progesterona: Mantiene el endometrio y el embarazo.
- LH y FSH: Controlan la ovulación y el desarrollo folicular.

TUBAS UTERINAS

Local onde transporta ovos e espermatozoides.

- **Infundíbulo:** local de captação e transporte do ovócito;
- **Ampola:** local onde ocorre a fertilização do ovócito;
- **Istmo:** local onde os ovos passam para chegar ao útero.

FÍMBRIAS

Auxilia na captação do ovócito.

OVÁRIOS

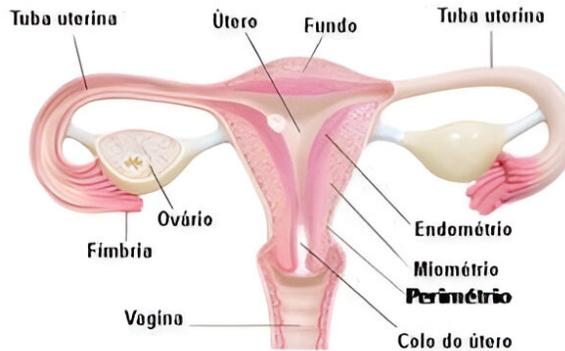
São glândulas do sistema reprodutor feminino.

- Atua na produção de ovócitos;
- Atua na produção de hormônios: **Estrógeno e Progesterona**

ÚTERO

Sustenta a fase embrionária e fetal.

Órgãos Internos



FUNDO DO ÚTERO

Parte superior da porção dilatada do útero.

ENDOMÉTRIO

- Camada interna do útero
- Tecido epitelial vascularizado
- Reveste toda cavidade uterina

MIOMÉTRIO

- Camada intermediária do útero
- Musculatura lisa
- Sofre hiperplasia e hipertrofia durante a gravidez

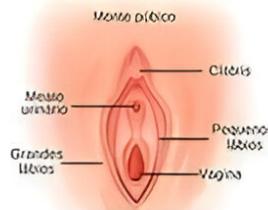
PERIMÉTRIO

- Camada externa do útero
- Tecido conjuntivo

COLO DO ÚTERO

- Produção do muco cervical
- Manutenção da gravidez no útero

Órgãos Externos



VAGINA

Canal muscular que liga a vulva ao útero

ESPECIALISTAS

Hospital Universitario San Juan De Dios

- Dra. Pachón 6 ½
- Dr. Gómez 8
- Dr. Hernández 8
- Dr. Osorio 7 ½
- Dr. Montilla 8, 7½
- Dra. Ruiz 6 ½
- Dr. Méndez 7 ½

PROCEDIMIENTOS

Quirúrgicos

Cesárea

Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza una incisión en la pared abdominal y en la cavidad uterina para extraer al bebé, permitiendo así su nacimiento de manera asistida.



Instrumental

- Equipo mediano
- Espátulas de Velasco (en casos especiales)



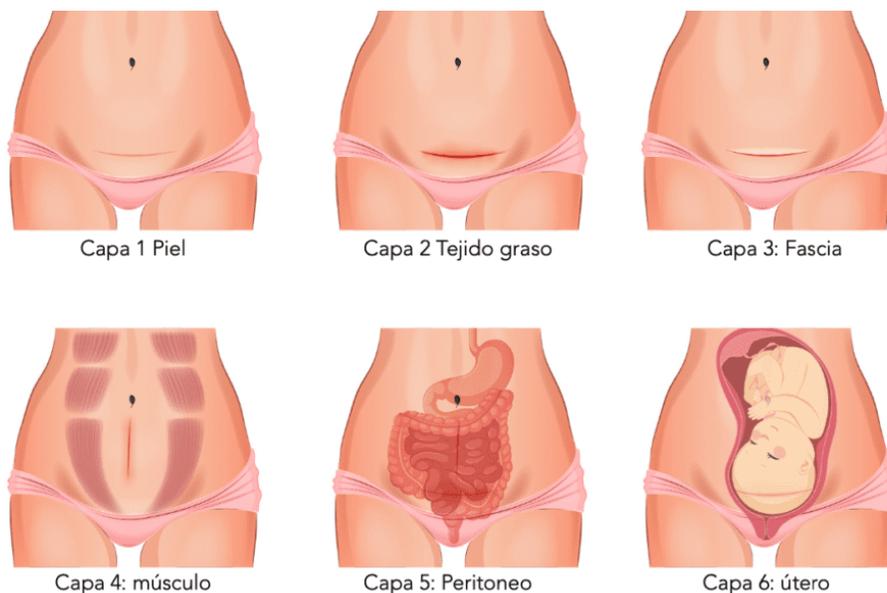
Elementos

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Caucho aspirar
- Electrobisturí
- Clamps umbilicales
- Sonda nelaton #14 (Para el cateterismo vesical para evacuación de la vejiga)
- Jeringa de 5 cm: Tamizaje (TSH)
- Hoja bisturí # 20
- Solución salina

Suturas

- Prolene 3/0 SC-24: para piel
- Vicryl 1 CT1 de 90 cm ½: fascia y 1er plano histerorrafia
- Cromado 1 CT1 o 0 CT1 de 90 cm ½: 2 histerorrafia, afrontar músculos rectos del abdomen (Depende del cirujano)

Técnica quirúrgica



- Se coloca al paciente en decúbito supino sobre la mesa quirúrgica, asegurando una correcta alineación y estabilidad
- Se realiza técnica de antisepsia del abdomen y la región genital según el protocolo institucional
- Se efectúa una incisión tipo Pfannestiel con bisturí mango #4 y hoja #20
- Se lleva a cabo la hemostasia con pinzas de Kelly y electrobisturí para controlar el sangrado
- Se introduce un separador de Farabeuf para visualizar la fascia de los músculos rectos del abdomen
- Se emplea una pinza Allis para traccionar y exponer la fascia de los músculos rectos
- Se amplía la incisión con tijera de Metzemaum para mejorar el acceso y la visibilidad
- Se realiza la divulsión de los músculos rectos con pinzas de Kelly

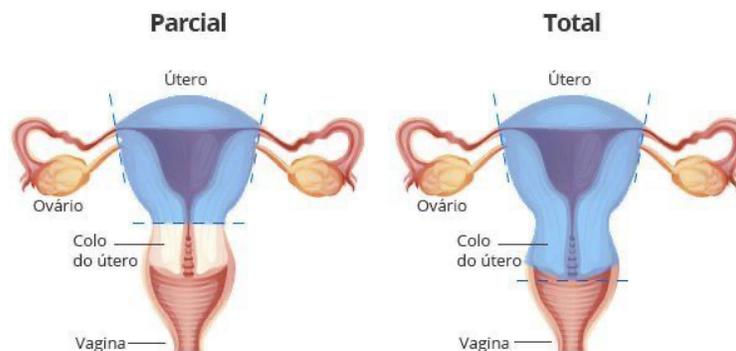
- Se tracciona el peritoneo utilizando dos pinzas de Kelly y se realiza la incisión con tijera de Metzemaum
- Se utiliza una valva de mayo para apartar la vejiga y mejorar la visibilidad de la cavidad abdominal
- Se realiza una incisión en el tercio inferior del útero con bisturí mango #4 y hoja #20, evitando lesionar al bebé
- Se realiza un pequeño orificio en el útero con pinza Kelly curva para permitir la salida del líquido amniótico con caucho de succión
- Se ejerce presión en la parte superior del abdomen para ayudar a la extracción del bebé y en algunos casos se extrae el bebé con espátulas de Velasco
- Se pasan dos pinzas de Rochester para colocar una liga umbilical, se clampea el cordón y se secciona con tijeras de mayo
- Se utiliza una jeringa de 5 cm para realizar la prueba de tamizaje del bebé
- Se coloca una riñonera para recibir la placenta
- Con compresas y foester se limpia la cavidad uterina
- El cirujano verifica que no queden residuos placentarios en la cavidad uterina
- Se realiza la histerorrafia en dos planos: el primer plano con vicryl 1 CT1 de 90 cm y el segundo plano con cromado 1 CT1 de 90 cm. (Depende el gusto del cirujano)
- Se realiza un conteo exhaustivo de compresas, cortopunzantes e instrumental para verificar que este completo
- Se sutura la fascia y el músculo vicryl 1 CT1
- Se sutura la piel con Prolene 3/0 SC-24
- Finalmente se realiza la respectiva curación

Complicaciones

- Ruptura de la arteria uterina
- Iatrogenia al recto o vagina
- Hemorragias
- Lesión al bebe
- Lesión a la vejiga

Histerectomía Abdominal

Intervención quirúrgica en la que se extrae el útero mediante una incisión en el abdomen.



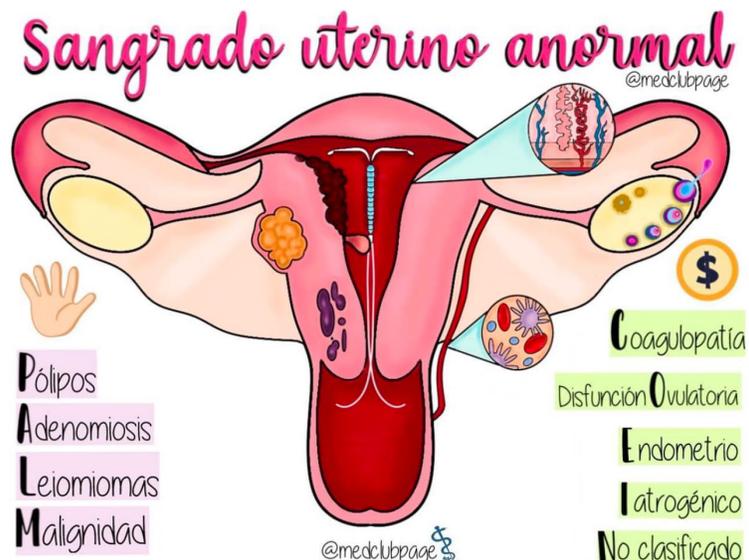
Tipos de Histerectomía:

- Histerectomía parcial: extirpación de útero
- Histerectomía total: extirpación de útero y cuello uterino
- Histerectomía radical: extirpación de útero, cuello uterino, ovarios, trompa de Falopio, ganglios linfáticos y la parte superior de la vagina



Indicaciones

- Endometritis: inflamación severa del revestimiento interno del útero
- Fibromas: tumores no cancerosos (en edad no fértil)
- Ruptura uterina: desgarro espontaneo del útero.
(ocurre cuando durante el embarazo, el trabajo del parto hay un desgarro en el útero)
- Miomas
- Cáncer uterino
- Hemorragias
- Tumores ováricos
- Adenomiosis



Instrumental

- Equipo mayor
- Equipo de histerectomía



Elementos

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Caucho aspirar
- Electrobisturí
- Solución salina
- Hoja bisturí # 20
- Sonda Foley # 14 o 16 (De 2 vías)
- Cistofló
- Solución salina
- Jeringa de 10 cm (una para inflar el balón de la sonda)
- Xilocaína jalea

Suturas

- Vicryl 1 CT1 36mm 1/2 (toma de ligamentos y fascia)
- Cromado 1 CT1 o 0 CT1 de 90 cm 1/2 (cúpula vaginal)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de piel)

Técnica quirúrgica

- Se realiza una incisión tipo Pfannenstiel o mediana infraumbilical, según las características del caso
- Se asegura la hemostasia inicial mediante el uso de electrobisturí
- Se accede a la cavidad abdominal, donde se colocan dos compresas húmedas en solución salina para separar las asas intestinales

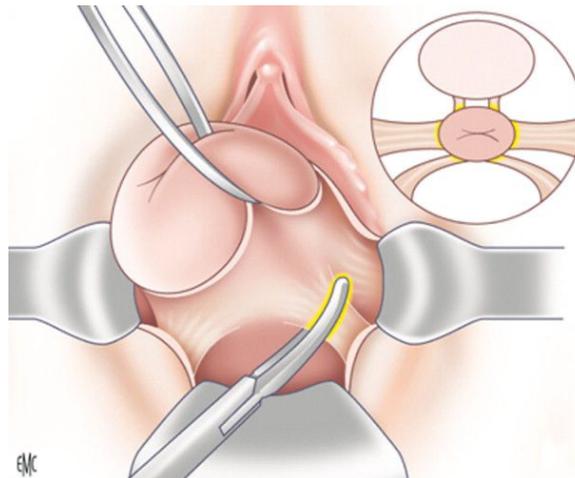
- El paciente se posiciona en Trendelenburg con el fin de optimizar la exposición del campo quirúrgico
- Se identifican y toman el ligamento redondo, los ligamentos uterováricos y la trompa uterina con dos pinzas Rochester; seccionados con tijeras Metzenbaum y ligados mediante técnica de transfixión con sutura Vicryl 1 CT1 (90 cm)
- Se procede a pinzar el ligamento ancho con dos Rochester, seccionarlo con tijeras Metzenbaum y ligarlo para controlar el sangrado
- Los ligamentos cardinales se sujetan con pinzas Heaney, se seccionan y se realiza una ligadura transfixiante con sutura Vicryl 1 CT1 (90 cm) para asegurar la hemostasia
- A continuación, se toman los ligamentos uterosacros con pinzas Heaney, se seccionan con tijeras Metzenbaum, se ligan y se dejan identificados con pinzas Kelly curvas para su posterior fijación a la cúpula vaginal
- Se realiza la extracción del útero, el cual es entregado al personal circulante, quien lo sumerge en formol y lo remite a anatomía patológica para su análisis
- Se procede a la sutura de la cúpula vaginal para garantizar una adecuada cicatrización
- Se revisa cuidadosamente la hemostasia y se efectúa el conteo de compresas, instrumental y material cortopunzante, verificando que esté completo
- Finalmente, se cierra por planos, se sutura la fascia y el músculo vicryl 1 CT1
- Se sutura la piel con Prolene 3/0 SC-24
- Finalmente se realiza la respectiva curación

Complicaciones

- Sangrado
- Infección
- Lesión a otros órganos, como la vejiga y el recto
- Dehiscencia de sutura

Histerectomía Vaginal

Extirpación quirúrgica del útero por vía vaginal por causa de un prolapso uterino, algunas veces puede incluir la reparación de celes mediante colporrafia anterior y posterior.



Indicaciones

- Prolapso uterino
- Miomas uterinos
- Cáncer uterino
- Carcinomas in situ del cuello uterino
- Endometriosis

Instrumental

- Equipo mayor
- Equipo de legrado
- Equipo de histerectomía



Lista de chequeo

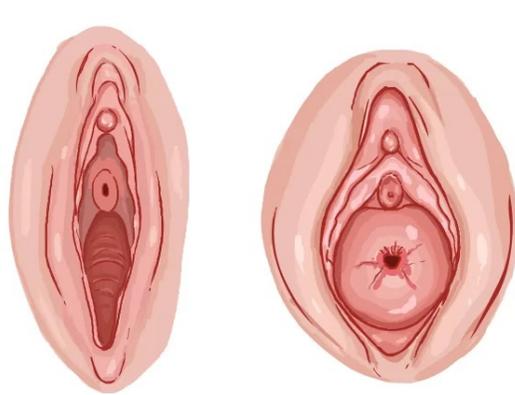
- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja bisturí # 10
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente
- Sonda Folley # 14 o 16
- Cistofló
- Jeringa de 10 cm (una para inflar el balón de la sonda)
- Xilocaína jalea
- Solución salina

Suturas

- Vicryl 1 CT1 de 90 cm: ligamentos uterinos
- Seda 2/0 Sc 26: reparo de labios mayores o cerclaje anal, mientras realiza el procedimiento, al finalizar el mismo se retira dicho cerclaje)

- Cromado 0 o 2/0 CT1: Cúpula vaginal

Técnica quirúrgica



- Paciente posición litotomía
- Se realiza lavado antiséptico de la región perineal y se coloca a la paciente en posición ginecológica
- Se pasa una sonda de Foley 14 o 16, balón de 5 y se conecta a un Cistoflo que debe estar por encima de la pelvis del paciente
- Se introduce un espéculo vaginal y se tracciona el cuello uterino con una pinza tenáculo
- Se efectúa una incisión en la pared vaginal anterior a nivel del cuello uterino, utilizando mango #3 con hoja #10
- Se diseña cuidadosamente el espacio vesicouterino con tijeras Metzenbaum o electrobisturí hasta alcanzar la reflexión peritoneal del fondo de saco anterior, auxiliándose con compresas o gasas según necesidad
- Posteriormente, se incide la mucosa vaginal posterior
- La disección continúa con tijeras Metzenbaum hasta exponer el fondo del saco de Douglas
- Se clampean los ligamentos cardinales con pinzas Heaney, se seccionan con tijeras Metzenbaum y se ligan con puntos de transfixión utilizando sutura Vicryl 1 con aguja CT1
- Se identifican y clampean los ligamentos uterosacros con pinzas Heaney; se seccionan y se ligan mediante puntos de transfixión con Vicryl 1 CT1 de 90 cm
- El ligamento ancho se clampea con dos pinzas Rochester, se secciona con tijeras Metzenbaum y se liga con punto de transfixión utilizando Vicryl 1 CT1
- A continuación, se clampea el ligamento redondo, se secciona y se liga de igual forma con Vicryl 1 CT1
- Finalizada la hemostasia, se procede a la sutura del peritoneo
- Se cierra la cúpula vaginal mediante sutura continua o puntos separados con Cromado 0 o 2/0 CT1
- Se efectúa la limpieza de la paciente y se finaliza el acto quirúrgico

Complicaciones:

- Lesión intestinal
- Lesión vesical
- Hematoma por sangrado
- Infección o abscesos pelvianos en el postoperatorio

Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresa
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja #10 o #15
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente
- Sonda Foley # 14 o 16
- Cistofló
- Jeringa de 10 cm (una para inflar el balón de la sonda)
- Jeringa de 10 cm o 20 cm par la hidro-disección
- Xilocaína jalea

Suturas

- Vicryl 0 o 1 CT1 de 90 cm
- Seda 2/0 Sc 26: (cerclaje anal mientras realiza el procedimiento, al finalizar el mismo se retira dicho cerclaje)
- Cromado 0 o 2/0 CT1: Cúpula vaginal

Técnica quirúrgica

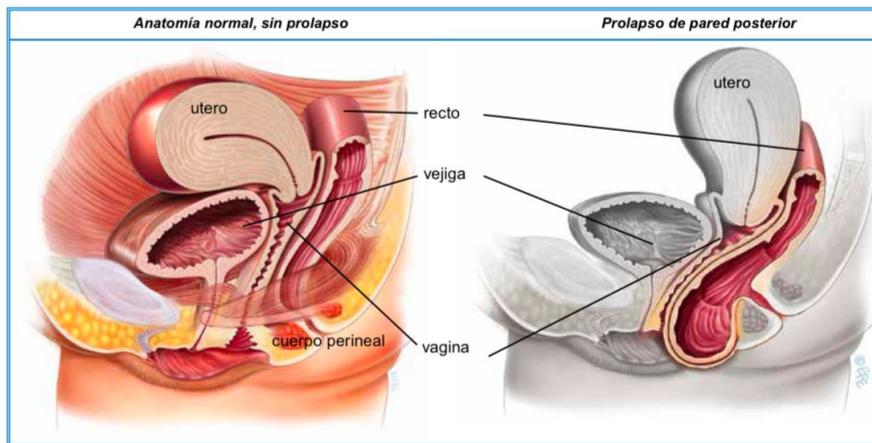
- La paciente se coloca en posición de litotomía
- Se realiza cateterismo vesical con sonda Foley lubricada y se conecta el cistofló
- En caso de requerirse cerclaje, se coloca un punto de Seda 2/0 con aguja 3/8, 26 mm (SC-26)
- Se introduce un espéculo vaginal para identificar el cistocele; una vez expuesto, se retira el espéculo
- Se tracciona la pared vaginal anterior con dos pinzas Allis
- Se realiza una incisión en la pared vaginal anterior con bisturí, y posteriormente se disecciona con tijeras para liberar esta pared
- Con tijeras Metzenbaum y tracción de los bordes de la mucosa mediante pinzas Allis, se continúa la liberación del tejido subyacente. Esta etapa puede realizarse también con bisturí o mediante disección roma
- Puede emplearse hidrodisección entre la mucosa vaginal anterior y la fascia pubocervical que recubre la vejiga, lo cual facilita la separación de los planos anatómicos y reduce el sangrado (Generalmente, se infiltra solución salina al 0.9% combinada con Bupivacaina al 0.25% o 0.5%)
- Se tracciona la mucosa y se procede a liberar la vejiga de sus adherencias laterales
- Una vez liberada la vejiga, se prolonga la incisión a través de la pared vaginal anterior
- Se repara el cistocele mediante sutura con Vicryl 0 o 1 (CT1, 90 cm) y se reseca el excedente de mucosa vaginal
- Se sutura la pared vaginal anterior con el mismo tipo de sutura, y se cierra la cúpula vaginal con Cromado 0 o 2/0 CT1
- Se revisa la hemostasia antes de dar por terminado el procedimiento
- Se efectúa la limpieza de la paciente y se finaliza el acto quirúrgico

Complicaciones:

- Lesión intestinal
- Lesión vesical
- Infección de la herida
- Hemorragia
- Complicaciones urinarias

Colporrafia Posterior

Procedimiento quirúrgico por el cual se corrige un rectocele (prolapso del recto) por la pared posterior de la vagina.



Indicaciones

- Rectocele
- Enterocele

Instrumental

- Equipo mediano
- Equipo de legrado



Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresa
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja #10 o #15
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente
- Sonda Foley # 14 o 16
- Cistofló
- Jeringa de 10 cm (una para inflar el balón de la sonda)
- Jeringa de 10 cm o 20 cm par la hidro-disección
- Xilocaína jalea

Suturas

- Vicryl 0 o1 CT1 de 90 cm
- Cromado 0 o 2/0 CT1

Técnica quirúrgica

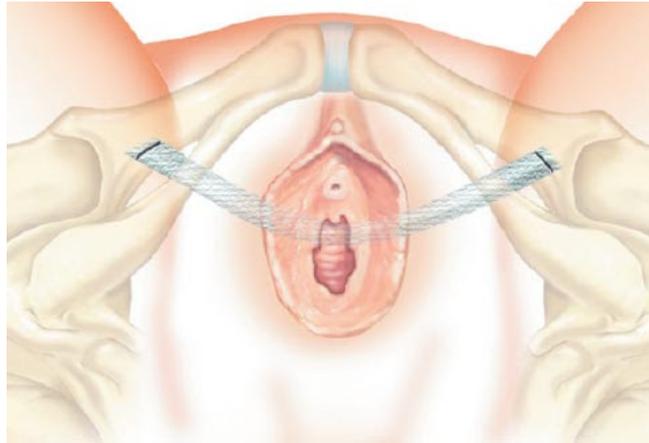
- Paciente posición litotomía
- Con Allix se tracciona la base de la entrada de la vagina o pared posterior
- Con bisturí se incide pared vaginal posterior, a través de la incisión se introduce tijera de Metzbaum para disecar la mucosa de la pared vaginal posterior
- Puede emplearse hidrodissección entre la mucosa vaginal posterior y la fascia rectovaginal, lo cual facilita la separación de los planos anatómicos y contribuye a reducir el sangrado (Generalmente, se infiltra solución salina al 0.9% combinada con Bupivacaína al 0.25% o 0.5%)
- Se secciona por la mitad la pared vaginal posterior y se tracciona para liberar el tejido redundante del recto con bisturí, tijera o disección roma
- Se ubican los músculos elevadores del ano y se aproximan Vicryl 0 o1 CT1 de 90 cm con el fin de reforzar la pared vaginal posterior
- Se afrontan los bordes vaginales de la pared posterior, se secciona el tejido redundante con tijera
- Se sutura la pared vaginal con Cromado 0 o 2/0 CT1
- Se revisa hemostasia
- Se efectúa la limpieza de la paciente y se finaliza el acto quirúrgico

Complicaciones:

- Lesión intestinal
- Lesión vesical
- Infección de la herida
- Hemorragia
- Complicaciones urinarias

Mallas de incontinencia

Las mallas suburetrales, son el tratamiento quirúrgico estándar para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres. Estas mallas sintéticas, generalmente de polipropileno, se colocan debajo de la uretra para proporcionar soporte adicional al suelo pélvico debilitado, ayudando a prevenir las pérdidas de orina durante actividades que aumentan la presión intraabdominal, como toser, estornudar o hacer ejercicio

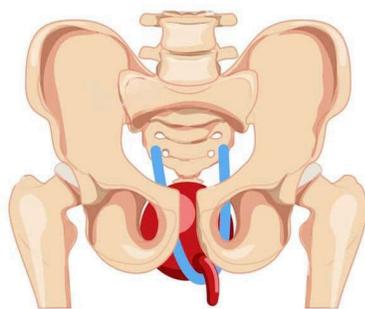


Indicaciones

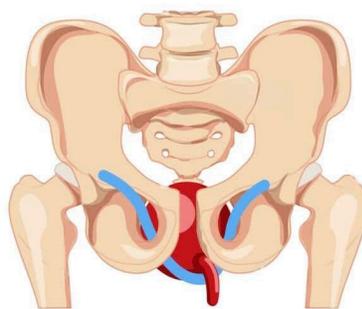
- Paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo
- Pacientes que no han respondido a tratamientos conservadores como ejercicios del suelo pélvico o medicación
- Hipermovilidad uretral o deficiencia esfinteriana intrínseca

Tipos de mallas

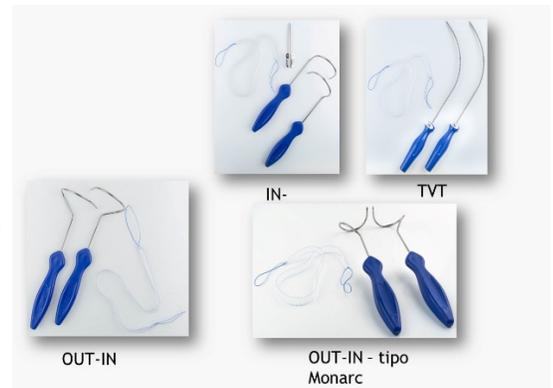
- **Malla suburetral retropúbica (TVT):** Se coloca por detrás del pubis, bajo la uretra, para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo
- **Malla transobturatriz (TOT):** Se introduce a través de los agujeros obturadores, evitando la zona retropúbica y reduciendo riesgos de lesiones



TVT

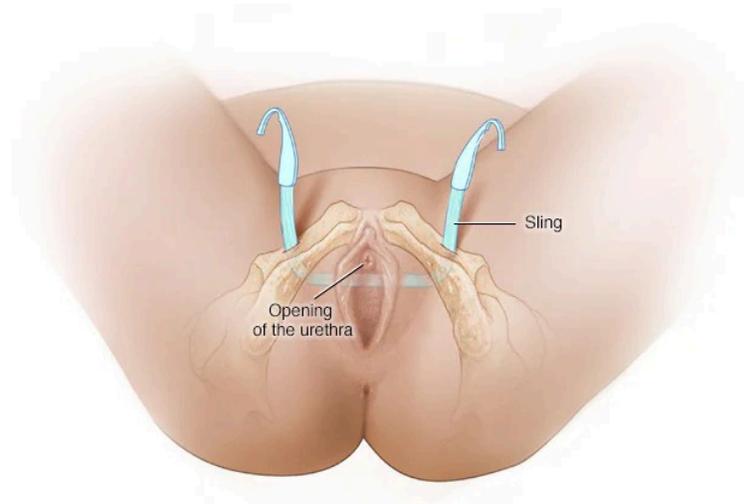


TOT



Puede utilizarse tanto en abordaje TOT como en TVT

Mallas de incisión única (mini-slings): Diseñadas para ser menos invasivas, estas mallas se colocan a través de una sola incisión vaginal, reduciendo el tiempo quirúrgico y la recuperación. Sin embargo, su eficacia a largo plazo aún está siendo evaluada.



Materiales de las mallas

1. Polipropileno monofilamento (sintético, no absorbible)

El más utilizado.

- Biocompatible, con baja tasa de reacción inflamatoria
- Poroso: permite la integración con los tejidos y reduce el riesgo de infección

Ejemplo: TVT (Tension-Free Vaginal Tape), TOT (Transobturator Tape).

2. Poliéster (sintético)

- Menos común actualmente debido a mayor reacción inflamatoria
- También no absorbible, pero con menor biocompatibilidad comparado con el polipropileno

Pomeroy

Procedimiento quirúrgico que busca ligar y seccionar una porción de la trompa de Falopio para lograr esterilización selectiva.



Indicaciones

- Deseo voluntario de anticoncepción definitiva
- Paridad satisfecha (la paciente ya tiene el número de hijos deseado)
- Contraindicación médica para futuros embarazos, como: Cardiopatías graves, diabetes mellitus complicada, hipertensión arterial severa o mal controlada, riesgo obstétrico elevado por patologías uterinas previas
- Edad reproductiva avanzada (con riesgos aumentados si ocurriera otro embarazo)
- Esterilización post-evento obstétrico

Instrumental

- Equipo mediano



Lista de chequeo

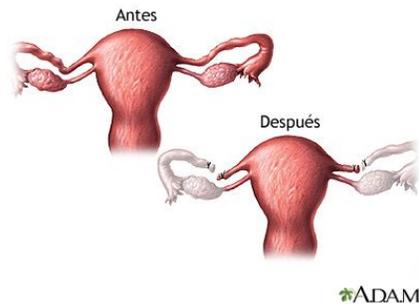
- Paquete de ropa
- Compresa
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja #10 o #20

- Jeringa de 10 cm para infiltrar (normalmente se infiltra 10cc de bupivacaina con epinefrina)

Suturas

- Vicryl 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½: (ligadura de trompas) algunos especialistas lo utilizan
- Cromado 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½: (ligadura de trompas)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de piel)

Técnica quirúrgica



Forma 1

- Incisión de Pfannestiel o mediana infraumbilical con M4 H20 hasta llegar a cavidad
- Forma 1 Se tracciona la trompa con pinza Babcock y se divulsiona el mesosalpingx con Kelly
- Se ocluye la trompa de Falopio tanto proximal como distal con Rochester
- Se secciona la trompa con Metzembraum, se pasan puntos en la parte distal y proximal de la trompa con catgut 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½
- Se introduce a cavidad los dos extremos seccionados, se lava, aspira, cuentan compresas y sutura por planos

Forma 2

- Se tracciona la trompa con Babcock y se ocluye la trompa con Kelly
- Se secciona con Metzembraum
- Se liga en la base Vicryl 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½, catgut 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½
- Se introducen a cavidad los extremos seccionados, se lava, se aspira y se sutura por planos

Forma 3

- Cuando se llega a cavidad se tracciona la trompa con Babcock y con Kelly se hace ventana
- Se pasa un punto de Vicryl 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½ montado en el extremo proximal y se corta el hilo de la sutura
- Luego se pasa la misma sutura en el extremo proximal y se corta el hilo de la sutura
- Por último, con Metzembraum se secciona entre Kelly la trompa
- Se introduce a cavidad los extremos seccionados, se lava, se aspira y se sutura por planos

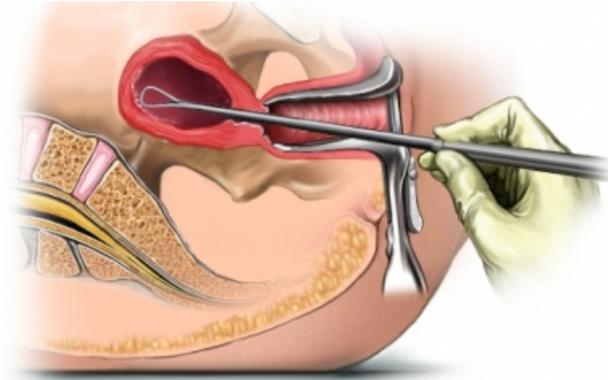
Nota: La infiltración se realiza previo a la incisión cutánea, a nivel de la línea media infraumbilical (en caso de mini laparotomía) o en el sitio planeado para el abordaje quirúrgico. De manera opcional, puede infiltrarse al finalizar el procedimiento)

Complicaciones

- Hemorragia
- Infección de la herida

Legrado

Es un procedimiento que consiste en el uso de una legra o cureta para realizar un curetaje del endometrio, para estudio histológico en casos de hemorragia uterina u otra patología. También utilizado para realizar evacuación de restos fetales.



Tipos de legrado

Legrado Obstétrico

Objetivo: Obtener una muestra del endometrio para análisis histopatológico

Indicaciones:

- Hemorragia uterina anormal (HUA)
- Sospecha de neoplasias endometriales (por ejemplo, cáncer de endometrio o hiperplasia endometrial)
- Evaluación de la morfología endometrial en casos de infertilidad
- Pólipos o miomas endometriales

Legrado Ginecológico

Objetivo: Evacuar el útero de restos de un embarazo fallido o patología

Indicaciones:

- Aborto espontáneo incompleto o retenido
- Aborto inducido
- Mola hidatiforme (evacuación de tejido trofoblástico)
- Retención de restos placentarios postparto
- Endometritis con restos de tejido

Instrumental

- Equipo de legrado
- Jeringa de Karman (solo el Dr Gómez)
- Curetas de Mola(a necesidad interrupción del embarazo)



Lista de chequeo

- Compresa
- Guantes
- Gasas
- Frasco de patología
- Jeringa de 10 cm
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente
- Bolsas plásticas estériles (son llevadas por el Dr Gómez para uso en cx vaginal)

Técnica quirúrgica

- Paciente posición litotomía
- Se introduce el espejo vaginal de Graves, en una pinza de curación o de Bozeman se ubica una gasa impregnada de iodine solución se hace desinfección del cuello uterino
- Se tracciona el cuello uterino con una pinza de Tenáculo, el canal cervical se dilata con dilatadores de Hegar de menor a mayor (solo en legrado ginecológico)
- Se pasa el histerómetro para determinar la longitud del útero con el fin de evitar iatrogenias cuando se pase las curetas
- La cavidad uterina se explora primero para investigar la presencia de pólipos endometriales antes de realizar el legrado, usando una pinza de falsos gérmenes
- Se introducen las curetas y se curetea el útero
- Las paredes anterior, lateral y posterior se raspan con suavidad, pero con firmeza y por último se raspa la parte superior de la cavidad con un movimiento de barrido lateral
- Se efectúa la limpieza de la paciente
- Se finaliza el acto quirúrgico

Nota: La jeringa de Karman es utilizada tanto en legrados obstétricos como ginecológicos.

Complicaciones

- Perforación del útero
- Desgarro o ruptura del cuello uterino
- Infecciones
- Sangrado

Histeroscopia

La histeroscopia es un procedimiento quirúrgico que permite al ginecólogo visualizar el interior del útero mediante un histeroscopio. Además de la función diagnóstica, también puede realizarse una resección utilizando un resectoscopio ginecológico, lo que permite la intervención quirúrgica en caso de patologías como pólipos, miomas o adherencias



Indicaciones

- Pólipos endometriales
- Sangrado ginecológico anormal
- Tumor fibroide uterino
- Malformaciones uterinas

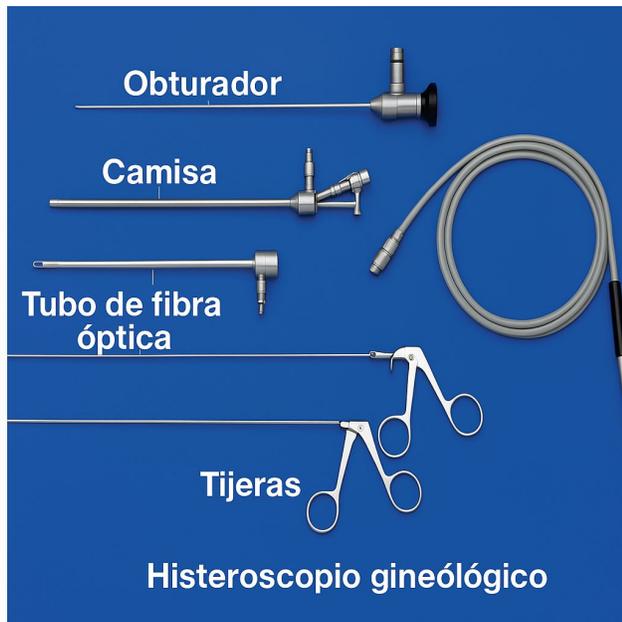
Histeroscopio

- Lente: (4mm)
- Camisa: (5mm para diagnóstico y 7.5 para procedimiento) aspiración, irrigación y puerto de trabajo
- Torre: Monitor, procesador: va conectado la cámara, fuente de luz: va conectado el cable de fibra óptica



Resectoscopio:

Histeroscopio:



Instrumental

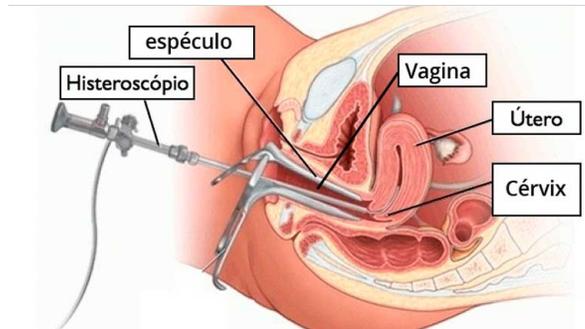
- Equipo de legrado
- Dilatadores de Hegar



Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Jeringa de 10 cm
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente
- Agua estéril

Técnica quirúrgica



- Paciente posición litotomía
- Se hace vaciamiento de la vejiga antes del procedimiento y se hace asepsia
- Se puede dilatar el cuello uterino con dilatadores de Hegar lubricados con Xilocaína jalea antes de insertar el histeroscopio
- Se inserta el histeroscopio dentro de la vagina, a través del cuello uterino y hasta entrar en el útero
- A través del histeroscopio se inyecta Manitol al 5% o gas para expandir el útero y así permitir una mejor visualización
- Se examinará la pared del útero para detectar posibles anomalías, se pueden tomar fotografías o biopsias
- Si se realizará un procedimiento como la extirpación de un fibroma, los instrumentos se introducirán a través del histeroscopio
- Se retira el histeroscopio

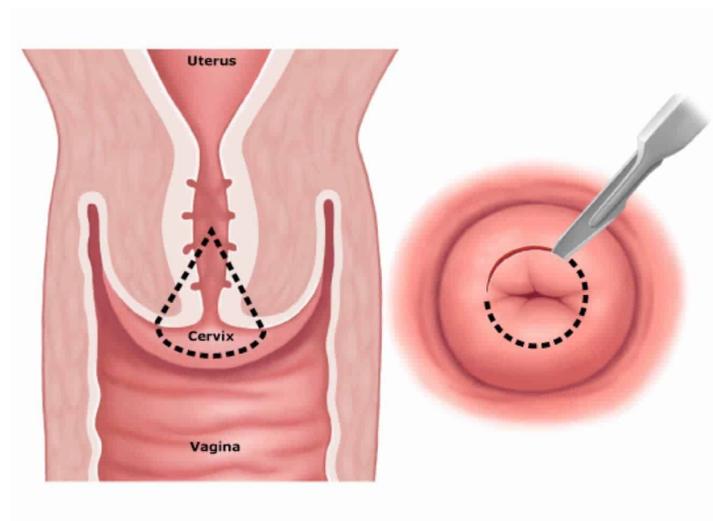
Nota: En procedimientos de histeroscopia, es recomendable usar agua estéril como solución de irrigación. El agua estéril se emplea para proporcionar una adecuada distensión de la cavidad uterina, facilitando la visualización del interior del útero durante el procedimiento. Sin embargo cuando se requiere el uso del Resectoscopio del histeroscopio se debe utilizar glicina.

Complicaciones

- Perforación del útero
- Infecciones
- Sangrado
- Síndrome de absorción de líquidos
- Lesiones en el cuello uterino

Conización

La conización cervical es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de una porción cónica del cuello uterino. Se realiza principalmente en casos de lesiones precoces, como displasias o células anormales detectadas en una prueba de Papanicolaou (PAP), con el fin de evaluar el riesgo de cáncer cervical.

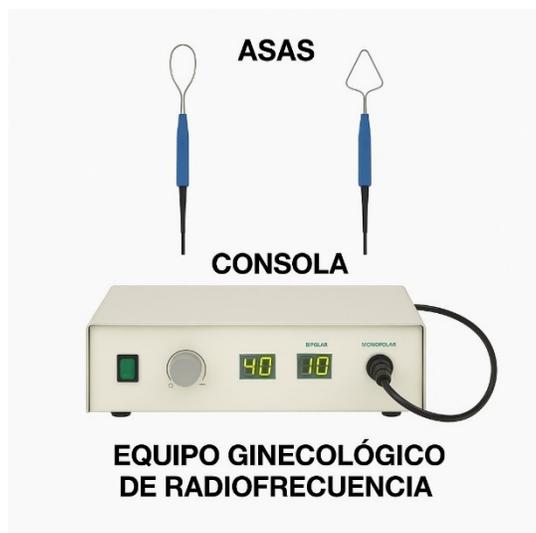


Indicaciones

- Cuando la prueba de Papanicolaou muestra células anormales de tejido glandular que requiere una biopsia más amplia
- Cuando se sospecha la presencia de una lesión cancerosa micro invasora
- Cuando existen lesiones identificadas

Instrumental

- Equipo de legrado
- Equipo mediano
- Equipo de radiofrecuencia



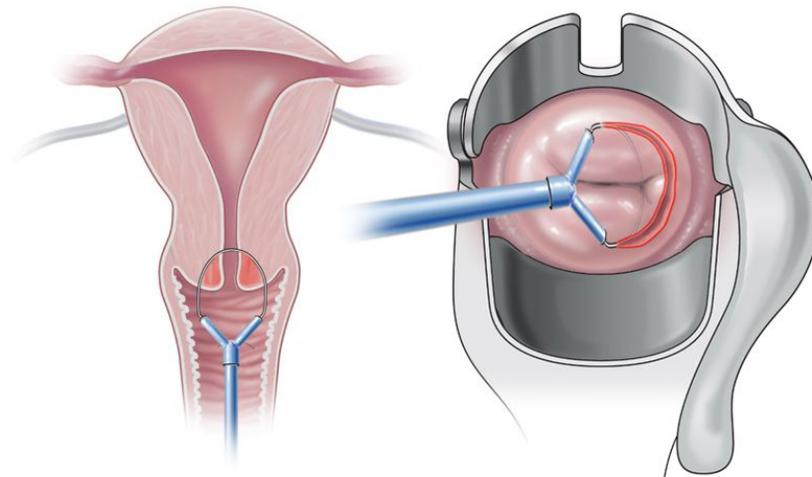
Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente

Suturas

- Seda 2/0 SC 24 (marcar el cono)
- Cromado 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½: (Tener la sutura en la sala por si sangra pasar punto en el cuello uterino)

Técnica quirúrgica



- Paciente posición litotomía
- Conización con electrocirugía
- para la resección electro en asa con en energía monopolar
- Se selecciona un asa de tamaño adecuado, el asa se posiciona en hora 6 antes de activar la electricidad monopolar
- El asa toma contacto con el cuello uterino, se activa la corriente eléctrica y comienza la resección moviendo el electrodo
- verticalmente de hora 6 a 12
- Se hunde en la profundidad de la matriz del cuello uterino unos 10 mm
- El electrodo reseca el tejido con un solo movimiento de barrido
- Resección completa de la zona de transformación anómala, se retira el asa y se coloca un aplicador largo, para hacer taponamiento
- del sitio de sangrado si después de retirar la pieza quirúrgica
- Se coagulan los bordes con el electro, no se dejan gasas en el cuello uterino

Nota: En los procedimientos de conización cervical donde no se emplea radiofrecuencia, se opta por el uso de cromado como alternativa.

Lugol en la conización cervical:

- Uso: El Lugol se utiliza para ayudar a identificar áreas de tejido cervical anormal. En el examen con Lugol, las células sanas y normales del cuello uterino tiñen de color marrón, mientras que las áreas anormales, como las displasias o el carcinoma in situ, no absorben el yodo y permanecen blancas o amarillentas.

Percloruro de hierro en la conización cervical:

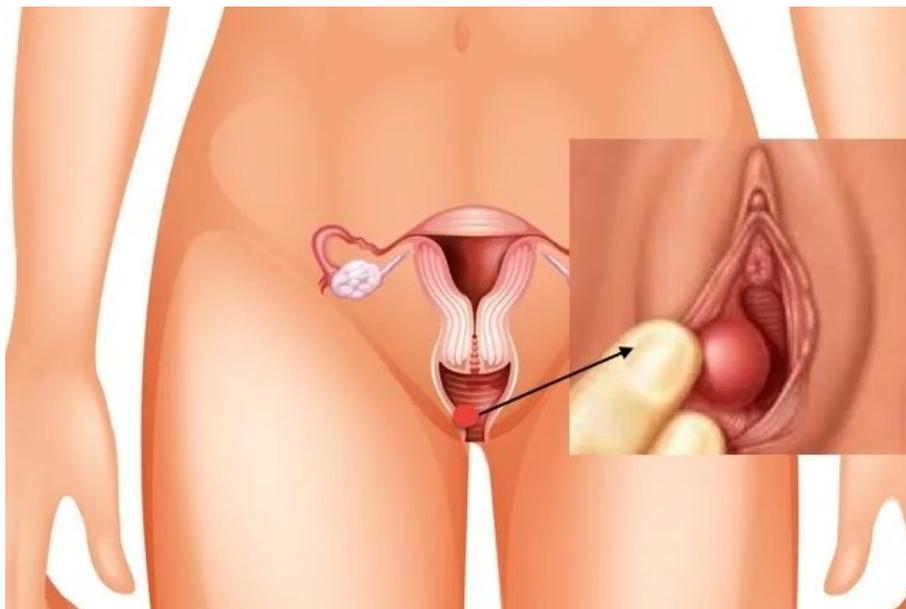
- Uso: El percloruro de hierro (FeCl_3) puede ser utilizado en la conización cervical como un agente hemostático para controlar el sangrado. Durante el procedimiento, después de realizar la conización y al haber cortado el tejido, el percloruro de hierro se puede aplicar sobre los bordes de la herida para facilitar la coagulación y reducir el sangrado excesivo.

Complicaciones

- Infecciones
- Sangrado
- Lesiones en el cuello uterino

Bartolinectomía

La bartolinectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de una o ambas glándulas de Bartolino. Las glándulas de Bartolino son dos glándulas situadas a ambos lados de la abertura vaginal, que tienen como función la producción de un líquido mucoso que facilita la lubricación de la vagina.



Indicaciones

- Quistes de Bartolino recurrentes
- Abscesos de Bartolino que no responden al drenaje o antibióticos
- Infecciones persistentes que afectan la calidad de vida de la paciente
- Quistes grandes que causan dolor o molestias

Instrumental

- Equipo de plastia o equipo mediano

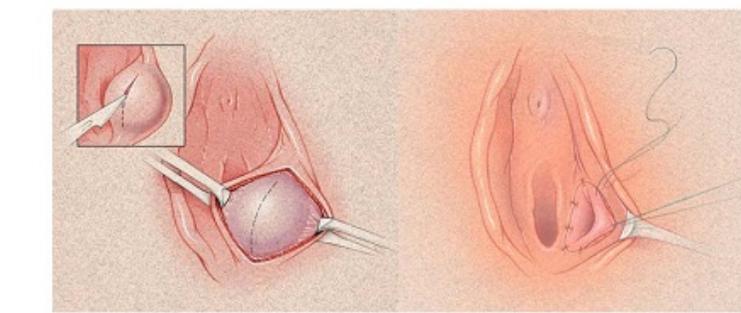
Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Polainas (2) para cubrir las piernas de la paciente
- Electrobisturí
- Hoja #11

Suturas

- Catgut crómico 3/0 ½ 22mm Sh-1

Técnica quirúrgica



- Paciente posición litotomía
- Con M3 H11, incisión sobre el quiste
- Con Allix se toman los bordes y con una torunda se diseca, tratando de extraerlo completamente
- Los vasos se coagulan con electro y se sutura el espacio dejado por el quiste con Catgut crómico 3/0 ½ 22mm Sh-1
- Si se rompe el quiste, se drena. Se lava y se aspira y se resecan los bordes del quiste
- Se suturan los bordes con Catgut crómico 3/0 ½ 22mm Sh-1, para evitar la recidiva haciendo la marsupialización evertiendo los bordes del quiste

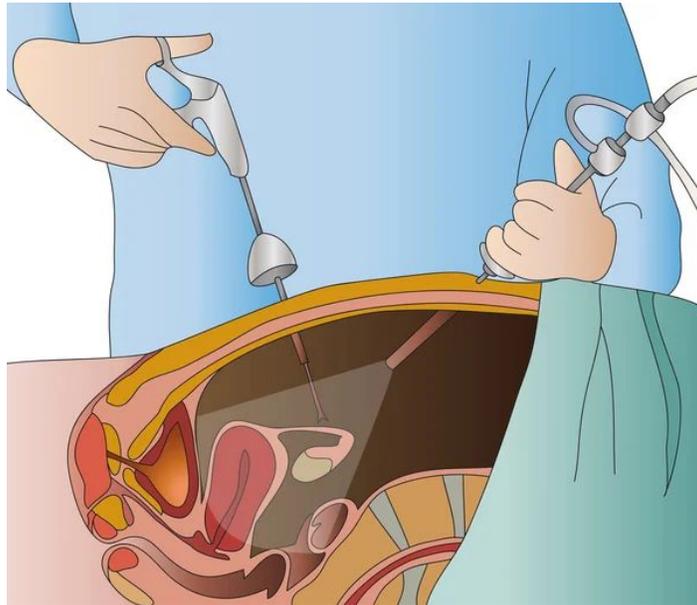
Nota: La marsupialización es una técnica quirúrgica utilizada para tratar quistes y abscesos, especialmente de Bartolino, mediante una incisión, drenaje y sutura de los bordes para permitir un drenaje continuo y evitar recurrencias.

Complicaciones

- Recidiva
- Infecciones
- Sangrado

Pomeroy Laparoscópico

Es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para esterilización femenina, donde se realiza una ligadura y corte de las trompas de Falopio por vía laparoscópica



Indicaciones:

- Paridad satisfecha
- Asociación a procedimiento quirúrgico ginecológico o abdominal

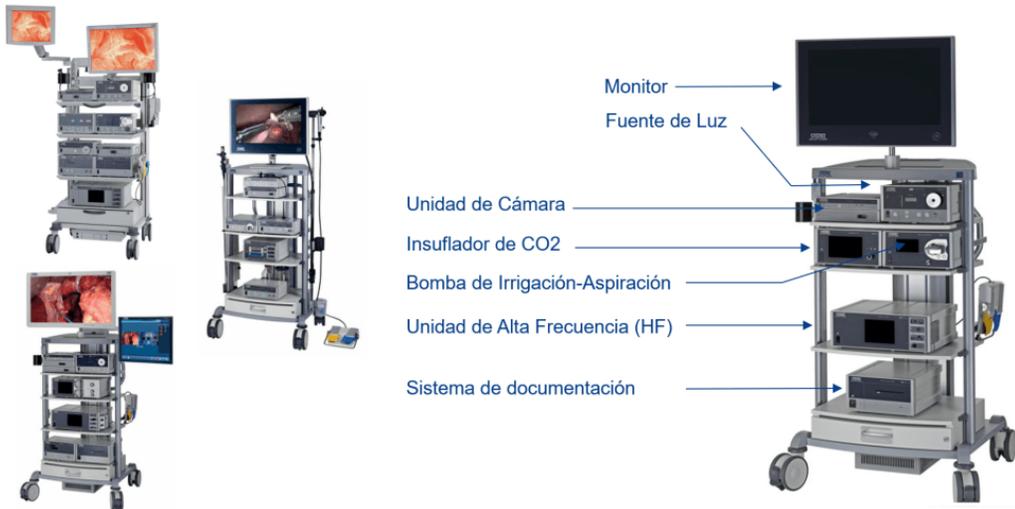
Instrumental

- Equipo de plastia
- Equipo de laparoscopia contiene lo siguiente: (Tijera, Pinza Maryland, Pinza grasper,
- Gancho o hook, Cánula de irrigación succión, Trocares de 10 mm, Trocar de 5 mm.)
- Pinza bipolar de laparoscopia (auxiliar)
- Porta agujas (auxiliar)
- Pinza del Harmónico.
- Cable monopolar
- Cable bipolar
- Cable de CO2

Equipos

- Unidad de electrocoagulación
- Harmónico
- Torre de laparoscopia: Monitor, procesador: va conectado la cámara, fuente de luz: va conectado el cable de fibra óptica, insuflador de CO2

Partes:



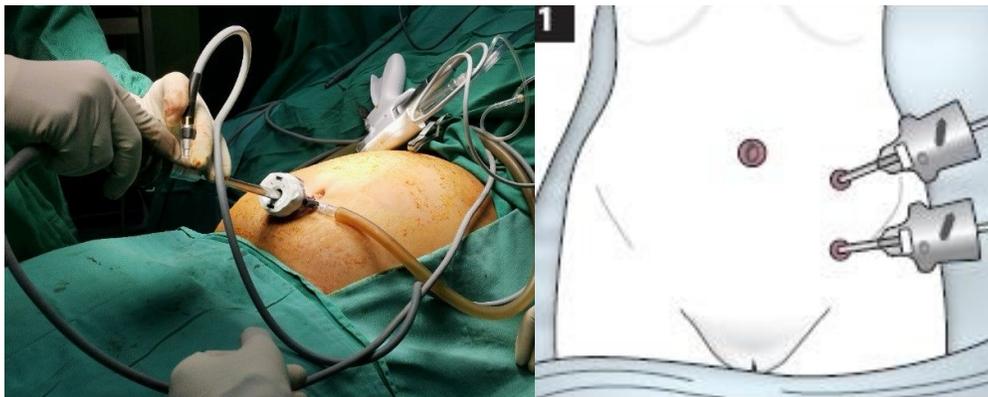
Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresa
- Guantes
- Gasas
- Estoquinetas
- Hoja #15 o #11
- Solución salina
- Jeringa de 10 cm para infiltrar (normalmente se infiltra 10cc de bupivacaina con epinefrina)

Suturas

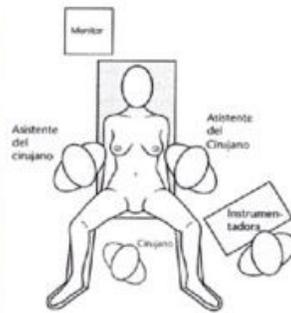
- Vicryl 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½: (cierre del ombligo)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de puertos)

Posición de los trocares:



Nota: Algunos cirujanos emplean un solo puerto umbilical (técnica de puerto único), mientras que otros optan por utilizar dos o tres puertos para facilitar la manipulación y visualización de las estructuras.

Posición del equipo quirúrgico:



Técnica quirúrgica

- La paciente se coloca en posición quirúrgica adecuada
- Se realiza una incisión de aproximadamente 1 cm en la región periumbilical utilizando bisturí #15 mango #3, a través de la cual se introduce un trócar de 10 mm para la inserción del lente laparoscópico y la cámara, permitiendo la visualización de la cavidad abdominal
- Bajo visión directa, se introduce un trócar de 5 mm en la fosa ilíaca, que se utilizará para la introducción y manejo de instrumentos quirúrgicos
- Se identifica la trompa de Falopio con ayuda de una pinza tipo grasper, traccionándola hacia el campo quirúrgico y se seccion y coagula con energía avanzada de 5mm
- El segmento resecaado se extrae por el trócar de 5 mm
- Se repite el mismo procedimiento en la trompa contralateral
- En caso de haberse utilizado gasas, se realiza un conteo completo de material médico-quirúrgico al finalizar la intervención
- Se verifica la hemostasia, se retiran los instrumentos, se desinsufla la cavidad abdominal y se cierran las incisiones por planos
- El cierre de los puertos en ombligo con vicryl 1 Ct1 , demás puertos con Prolene 3/0 con aguja PS-1 de 24 mm (3/8 de circunferencia)
- Finalmente, se efectúa la curación del sitio quirúrgico

Complicaciones

- Lesión de órganos intraabdominales
- Hemorragia intraabdominal
- Infecciones
- Lesión de la trompa contralateral o estructuras cercanas

En cirugía ginecológica, especialmente en procedimientos laparoscópicos y mínimamente invasivos, se emplean diversas tecnologías de energía avanzada para mejorar la precisión, reducir el sangrado y optimizar los tiempos operatorios. A continuación, se presentan las principales fuentes de energía utilizadas:

Electrobisturí Monopolar

Funcionamiento: La corriente eléctrica fluye desde el generador hasta un electrodo activo (el bisturí) y luego a través del cuerpo del paciente hasta una placa de retorno

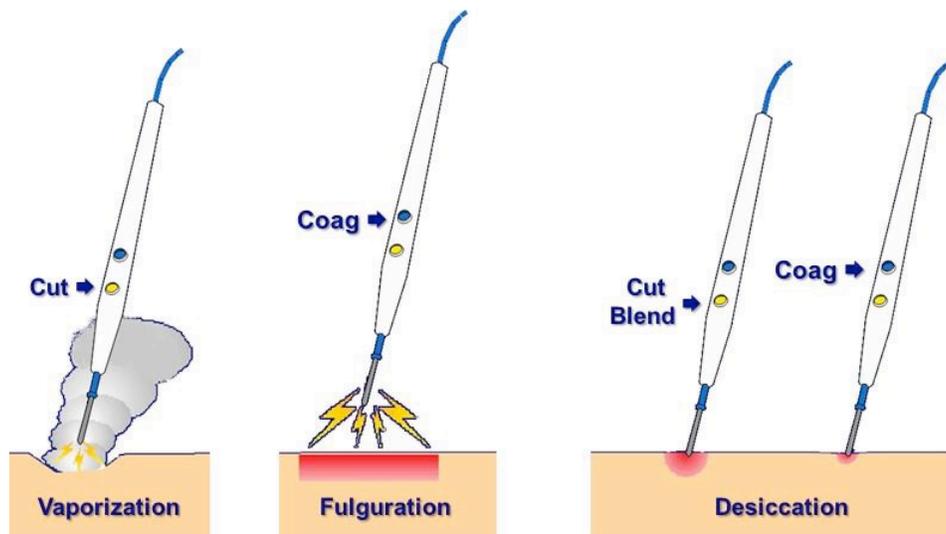
Usos: Corte y coagulación de tejidos

Ventajas:

- Económico y ampliamente disponible
- Eficiente para cortes limpios y control del sangrado

Desventajas:

- Mayor riesgo de daño térmico a tejidos adyacentes
- Requiere colocación adecuada de la placa de retorno para evitar quemaduras
- Menor precisión comparada con tecnologías más modernas



Energía bipolar avanzada (LigaSure, EnSeal)

Estos dispositivos combinan corte y coagulación con retroalimentación automática, lo que mejora la seguridad y eficiencia.

LigaSure™ (Medtronic)

Funcionamiento: Sella vasos de hasta 7 mm de diámetro con energía bipolar controlada por un microprocesador.

Usos:

- Histerectomía laparoscópica
- Salpingectomía

- ooforectomía

Ventajas:

- Sellado rápido y confiable de vasos sin clips o suturas
- Baja dispersión térmica (<2 mm)
- Reduce el tiempo quirúrgico

ENERGÍA

LIGASURE™ - instrumentos

LIGASURE BLUNT TIP

Procedimientos en: Colorectal, Bariátrica, General y Ginecología



LIGASURE MARYLAND

Procedimientos :

Cirugía Laparoscópica Colorectal, Bariátrica, General y Ginecología.



ENERGÍA

LIGASURE™ - instrumentos

LIGASURE IMPACT - LF4418

Eje:

Largo 18 cm
Rotación 180°

Mandíbula:

Angulo 14°
Largo 36 mm
Ancho - 3mm- 5mm

Procedimientos Objetivo:

Cirugía Abierta : Colorectal, Ginecología, Urología, Cx. General.



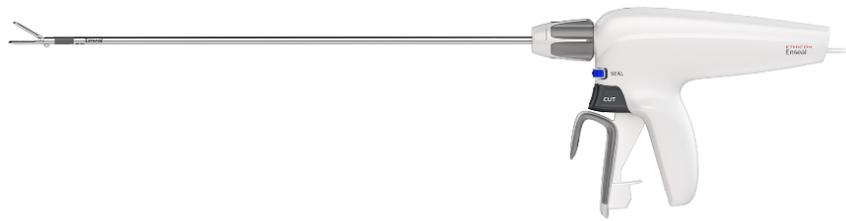
EnSeal™ (Ethicon)

Tecnología: Energía bipolar con sensores de temperatura para evitar el sobrecalentamiento.

Usos similares a LigaSure.

Ventajas:

- Sellado uniforme, ideal en tejidos gruesos
- Menor carbonización de tejido
- Control térmico continuo



Energía Ultrasónica

Harmonic Scalpel™ (Ethicon)

Funcionamiento: Utiliza vibraciones mecánicas a alta frecuencia (55.5 kHz) para cortar y coagular simultáneamente. El calor generado es mecánico, no eléctrico, lo que reduce la dispersión térmica.

Usos:

- Excelente para cirugía laparoscópica y procedimientos con tejidos delicados
- Corte y sellado de vasos de hasta 5 mm

Ventajas:

- Menor daño térmico (zona de dispersión <2 mm)
- Corte preciso con buena hemostasia
- No depende de corriente eléctrica que atraviese al paciente
- Ideal para disección cerca de estructuras nerviosas, ureterales o vasculares

Desventajas:

- Más costoso que el electrobisturí tradicional
- Puede no ser suficiente para vasos >5 mm (comparado con LigaSure)



Sonicision™ (Medtronic)

Funcionamiento: es un dispositivo de energía ultrasónica inalámbrico desarrollado por Medtronic, diseñado para cortar y coagular tejidos simultáneamente. Utiliza vibraciones mecánicas a alta frecuencia (~55,000 Hz) que generan fricción dentro del tejido, lo que permite un corte limpio y coagulación sin corriente eléctrica

Usos:

- Miomectomía laparoscópica
- Salpingectomía y/o ooforectomía
- Resección de quistes ováricos
- Histerectomía laparoscópica (total o subtotal)

Ventajas:

- Diseño inalámbrico
- Corte y coagulación simultáneos
- Mínima dispersión térmica
- Precisión quirúrgica

Desventajas:

- Costo elevado
- No recomendado para vasos >5–7 mm de diámetro
- Batería limitada

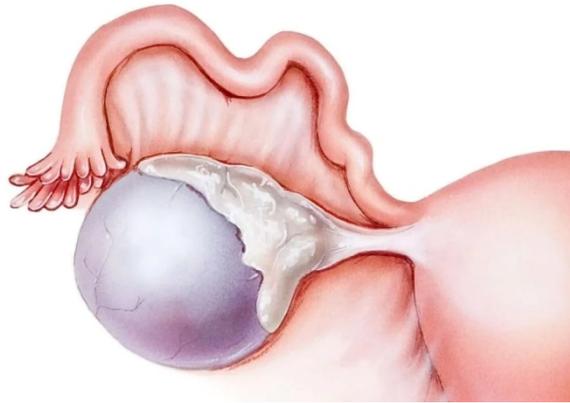
DESCRIPCION GENERAL

SONICISION CURVED JAW



Cistectomía de ovario

La cistectomía de ovario es un procedimiento quirúrgico ginecológico que consiste en la extirpación de un quiste ovárico, conservando el resto del tejido ovárico sano. Se realiza comúnmente por vía abierta, dependiendo del tamaño del quiste, sus características (benignas o sospechosas), y del estado general de la paciente.



Indicaciones

- Quistes ováricos sintomáticos
- Quistes de ovario no funcionales
- Quistes sospechosos de malignidad
- Endometriomas
- Torsión ovárica

Instrumental

- Equipo Mayor

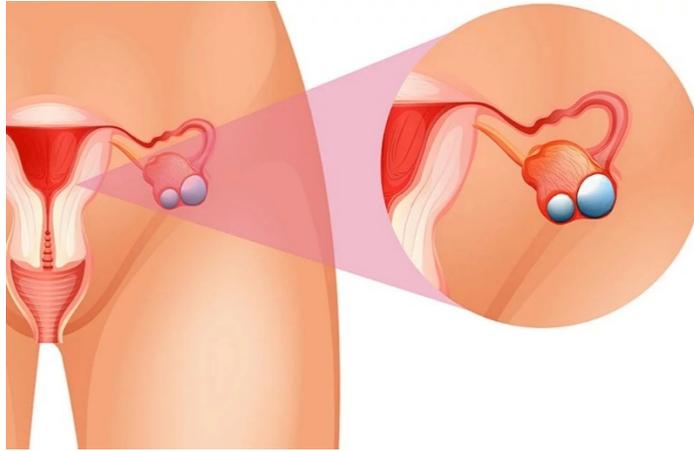
Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja bisturí # 20 o #10
- Caucho de succión
- Solución salina

Suturas

- Vicryl 0 o 1 CT1 de 90 cm: (Músculos y fascia)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de piel)
- Vicryl 3/0 sh

Técnica quirúrgica



- Se realiza una incisión mediana infraumbilical o tipo Pfannenstiel, dependiendo de la indicación
 - Se llega a la cavidad abdominal y se protegen los bordes de la herida con compresas húmedas
 - Se colocan separadores para obtener mejor visibilidad
 - El cirujano realiza una inspección detallada de la pelvis para evaluar los órganos reproductivos y localizar la lesión
 - Se introduce una pinza de Babcock para tomar la trompa de Falopio o el ligamento suspensorio del ovario
 - Se visualiza el ovario y se examina cuidadosamente para identificar el quiste a tratar
 - Utilizando un bisturí mango 3 hoja #15, se realiza una incisión en la cápsula del ovario cerca de la base del quiste
 - Con pinza de disección, se agarra el quiste y se disecciona cuidadosamente el tejido alveolar entre el quiste y la cápsula ovárica usando tijeras de Metzemaum. Los bordes de la cápsula ovárica se sujetan con pinzas Allys para asegurar la separación del quiste
 - El quiste extirpado se envía a patología para análisis
 - Se realiza hemostasia en el lecho ovárico para prevenir hemorragias
 - Se pasa una sutura absorbible Vicryl 3/0 sh en puntos de colchonero, comenzando desde el polo superior del ovario y avanzando hacia el polo inferior, asegurando la correcta aproximación de los bordes de la cápsula ovárica
 - Se revisa la hemostasia, asegurando que no haya sangrado residual
 - Se lava la cavidad, se realiza un recuento exhaustivo de gases y compresas, y se cierra la incisión por planos
- NOTA: Cuando es muy grande se realiza ooforectomía

Complicaciones

- Recurrencia del quiste
- Lesión de la vejiga o intestinos
- Dificultad para concebir
- Infección
- Sangrado

Salpingooforectomía

La salpingooforectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de la trompa de Falopio y el ovario. Esta cirugía puede ser realizada de manera unilateral (extirpando solo uno de los ovarios y una trompa) o bilateral (cuando se extraen ambos ovarios y ambas trompas de Falopio). La salpingooforectomía se realiza en casos de enfermedades o condiciones patológicas, como quistes ováricos, tumores, infecciones crónicas, endometriosis, o para la prevención de ciertos tipos de cáncer (como el cáncer de ovario o de trompas de Falopio).



Indicaciones

- Quistes ováricos
- Tumores ováricos
- Cáncer de ovario o de trompas de Falopio
- Embarazo ectópico
- Infección crónica o abscesos

Instrumental

- Equipo Mediano

Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja bisturí # 20 o #10
- Caucho de succión
- Solución salina

Suturas

- Vicryl 0 o 1 CT1 de 90 cm: (Músculos y fascia)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de piel)
- Vicryl 3/0 o 2/0 SH

Técnica quirúrgica

- Se realiza incisión de Pfannenstiel o mediana infraumbilical con M4 H20
- Se accede a la cavidad abdominal y, con pinzas Rochester, se toma el ligamento infundíbulo pélvico derecho, seccionando entre las pinzas con tijeras Metzembraum
- Se visualiza el quiste ovárico, que se encuentra comprimido por un separador de Deaver, y se evalúa su relación con los tejidos circundantes
- Se procede a ligar con Vicryl 3/0 o 2/0 SH los muñones proximal y distal del ligamento infundíbulo pélvico
- Para facilitar la disección del quiste, se descomprime utilizando un trocar de Osnher, conectando la cánula a un sistema de succión
- El orificio por donde se introdujo la cánula se pinza con una pinza Kelly. Se tracciona el quiste con esta pinza y, con tijeras Metzembraum, se libera del ligamento ancho
- Se identifica la desembocadura de la trompa en el útero y el punto de unión del ligamento ovárico
- A través del ligamento ovárico, se introduce una pinza Cístico para abrir una ventana
- Se colocan pinzas Rochester proximal y distal, y secciona con tijeras Metzembraum. Se pasa un punto de sutura con Vicryl 3/0 o 2/0 SH
- Posteriormente, se realiza un lavado, aspiración y cierre por planos

Complicaciones

- Sangrado
- Infección
- Lesión de la vejiga o intestinos
- Fallo de la función ovárica

Miomectomía

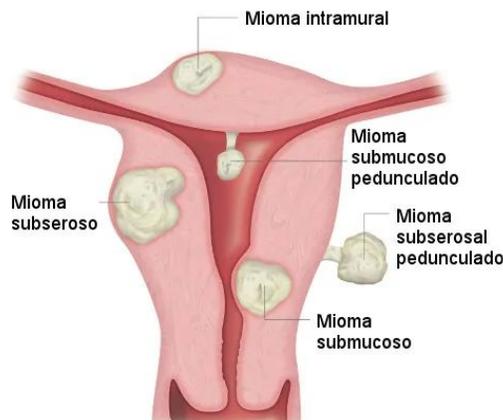
La miomectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de miomas uterinos (también conocidos como fibromas), los cuales son tumores benignos que se desarrollan en el músculo del útero.



Tipos de miomas uterinos

Según su localización, los miomas uterinos se clasifican en:

- Miomas submucosos: Crecen hacia la cavidad uterina, justo debajo del endometrio. Son los menos frecuentes (5%), pero los que más síntomas causan, como sangrado menstrual abundante y problemas de fertilidad
- Miomas intramurales: Se desarrollan en el espesor de la pared muscular del útero (miometrio). Son los más comunes (40-55%) y pueden aumentar el tamaño del útero, causar dolor pélvico y sangrado
- Miomas subserosos: Se ubican en la parte externa del útero, bajo la serosa, y crecen hacia la cavidad abdominal. Son los más frecuentes (55%), generalmente asintomáticos, pero pueden comprimir órganos cercanos si crecen mucho
- Miomas pediculados: Pueden ser submucosos o subserosos y están unidos al útero por un tallo o pedículo, lo que puede causar dolor si se tuercen



Indicaciones

- Miomas de gran tamaño
- Distorsión significativa del útero
- Sangrado uterino anormal
- Deseo de preservar la fertilidad

Instrumental

- Equipo Mayor

Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja bisturí # 20 o #10
- Caucho de succión
- Solución salina

Suturas

- Cromado 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½ (punto del mioma)
- Vicryl 0 o 1 CT1 de 90 cm (músculos y fascia)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de piel)

Técnica quirúrgica

- Se realiza incisión mediana infraumbilical o tipo Pfannenstiel hasta acceder a la cavidad abdominal
- Una vez expuesto el útero, se localiza el mioma y se tracciona
- Para miomas pequeños, se procede a la resección utilizando electrobisturí, seguido de hemostasia cuidadosa con el mismo dispositivo
- En caso de miomas grandes, se ocluye el pedículo con una pinza Rochester, se secciona con electrobisturí y se coloca un punto hemostático con Vicryl 0 o 1 CT1 de 90 cm o Cromado 0 CT1 o 1 CT1 de 90 cm ½; posteriormente se retira la pinza y se realiza el anudado
- Si el pedículo es voluminoso, se puede colocar un dren de Penrose en la base del mioma, fijándolo con una pinza Kelly. Seccionado el pedículo con bisturí, se coagula el lecho y se coloca punto hemostático
- Alternativamente, se realiza una incisión sobre el mioma utilizando bisturí M4 H20, seguida de disección roma para su liberación. Se ocluye el pedículo con pinza Kelly, se secciona con tijera y se sutura
- Finalizada la extracción, se envían las piezas para estudio histopatológico. Se procede al lavado y aspiración de la cavidad, se realiza el conteo de compresas, y se sutura por planos anatómicos

Complicaciones

- Sangrado
- Infección
- Lesión de la vejiga o intestinos
- Conversión a histerectomía

Tumor de ovario

Un tumor de ovario es una masa anormal que se desarrolla en uno o ambos ovarios, la cual puede ser de origen benigno, maligno (cáncer de ovario) o limítrofe (de bajo potencial maligno).

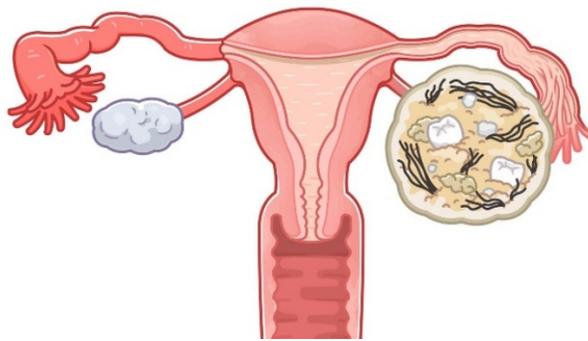


Tipos de tumores de ovario

- Tumores epiteliales
- Tumores de células germinales
- Metástasis al ovario

Teratoma

El teratoma de ovario es un tipo de tumor de células germinales, compuesto por tejidos derivados de las tres capas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Esto significa que puede contener una mezcla de elementos como pelo, piel, grasa, hueso, dientes, cartílago o incluso estructuras más complejas



Tipos de teratomas ovárico

1. Teratoma maduro (quiste dermoide): Generalmente benigno y de crecimiento lento. Suele ser asintomático y se detecta de forma incidental durante estudios ginecológicos de rutina
2. Teratoma inmaduro: Es maligno y representa aproximadamente el 1% de los teratomas ováricos. Se diagnostica con mayor frecuencia en niñas y mujeres jóvenes menores de 20 años. Su tratamiento puede requerir cirugía y quimioterapia, dependiendo del grado de malignidad y la extensión del tumor

Tratamiento

El tratamiento depende del tipo, tamaño y características del teratoma:

3. Teratoma maduro: En muchos casos, especialmente si es pequeño y asintomático, se puede optar por un seguimiento con controles ecográficos periódicos. Sin embargo, si el tumor crece o presenta síntomas, se recomienda la extirpación quirúrgica, preferiblemente mediante laparoscopia para preservar la función ovárica
4. Teratoma inmaduro: Requiere cirugía para extirpar el tumor. En casos más avanzados, se puede complementar con quimioterapia. Es fundamental un diagnóstico y tratamiento tempranos para mejorar el pronóstico y preservar la fertilidad

Indicaciones

- Tumores funcionales persistentes o grandes
- Sospecha de malignidad
- Infertilidad asociada a tumor ovárico
- Torsión ovárica sospechada

Instrumental

- Equipo Mayor

Lista de chequeo

- Paquete de ropa
- Compresas
- Guantes
- Gasas
- Electrobisturí
- Hoja bisturí # 20 o #10
- Caucho de succión
- Solución salina

Suturas

- Vicryl 0 o 1 CT1 de 90 cm: (Músculos y fascia)
- Prolene 3/0 PS1 24mm 3/8 (cierre de piel)

Técnica quirúrgica

- Se realiza una incisión mediana infraumbilical o tipo Pfannenstiel en la región abdominal, hasta llegar a la cavidad abdominal
- Una vez realizada la incisión, se expone el útero, las trompas de Falopio y los ovarios
- Se localiza el ovario afectado por el tumor (teratoma) y se procede a traccionarlo cuidadosamente
- Si el tumor es pequeño o quístico, se realiza una resección usando electrobisturí, seguido de una hemostasia cuidadosa utilizando el mismo dispositivo, para evitar sangrados
- En caso de ser un teratoma grande o de difícil extracción, se ocluye el pedículo ovárico con una pinza Rochester para controlar la circulación sanguínea
- Se realiza la sección del pedículo con electrobisturí y se coloca un punto hemostático con Vicryl 0 o 1, utilizando una aguja CT1 de 90 cm
- Alternativamente, si el tumor es difícil de liberar, se realiza una incisión sobre el tumor (o el teratoma) usando bisturí M4 H20
- Se ocluye el pedículo con una pinza Kelly, se secciona con tijeras y se coloca el punto de sutura para asegurar el sitio
- Una vez extraído el tumor de ovario, se envía al estudio histopatológico para determinar si es benigno o maligno
- Se realiza un lavado y aspiración de la cavidad abdominal para eliminar restos y reducir riesgos de infección.
- Se cuentan las compresas para asegurar que no se haya dejado material dentro de la cavidad
- Finalmente, se suturan por planos anatómicos (musculo, fascia, piel) para una correcta cicatrización y recuperación.

Complicaciones

- Sangrado
- Infección
- Lesión de la vejiga o de intestino
- Recurrencia del tumor
- Torsión ovárica

Bibliografías

- https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000400005&script=sci_arttext&utm_source
- https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol69-1-2001-8.pdf?utm_source
- <https://www.invivo.com.co/incontinencia-urinaria-correccion-de-prolapso/>
- <https://clinicaimar.com/teratoma-causas-diagnostico-y-opciones-de-tratamiento/>
- <https://www.cancer.org/cancer/types/ovarian-cancer/treating.html>
- <https://www.jnjmedtech.com/en-US/news-events/united-under-the-johnson-and-johnson-name>
- <https://www.medtronic.com/en-us/healthcare-professionals/products/surgical-energy/ultrasonic>
- https://www.cochrane.org/es/CD012376/MENSTR_tratamiento-quirurgico-del-prolapso-de-organos-pelvicos-en-las-mujeres
- <https://www.yourpelvicfloor.org/media/vaginal-hysterectomy-for-prolapse-spanish.pdf>
- <https://sego.es/documentos/ponencias/cursos/141/6.%20Domingo%20Desantes%20Real%20-%20Ces%20C3%A1rea.%20T%20C3%A9cnica%20e%20indicaciones.pdf>
- <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/2185.pdf>
- <https://www.reproduccionasistida.org/legrado-uterino/>
- <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/1837/2215/4966>
- https://www-scielo-br.translate.goog/j/ramb/a/yXQVRMCbtP5r369Ltn3BZ4D/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

