

11217
1 2ej.

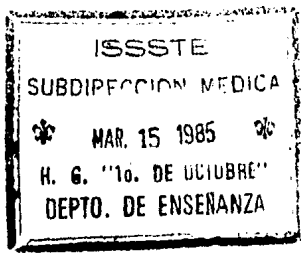


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

HISTERECTOMIA EN OBSTETRICIA

*V. B.
Creador inventivo
Dr. M. Aguilar Aguirre*



TESIS DE POST-GRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. JUAN MANUEL AGUILAR AGUIRRE
" C . H . 10 . DE OCTUBRE " I . S . S . S . T E .



1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Consideraciones actuales sobre técnicas operatorias	10
Indicaciones actuales de la histerectomía en obstetricia	13
Complicaciones de la histerectomía en la práctica obstétrica	23
Técnica quirúrgica	26
Revisión de casos clínicos	
Material y métodos	30
Resultados	32
Cesárea histerectomía	32
Histerectomía en el estado grávido puer- peral	42
Conclusiones	53
Bibliografía	57

INTRODUCCION

La cesárea con histerectomía es una cirugía que fue concebida desde hace muchos años, desde sus inicios este tipo de intervención quirúrgica fue ideada con el fin de salvar la vida de la paciente embarazada con complicaciones obstétricas. Al principio la técnica utilizada era muy primitiva, cruenta y se realizaba sin disponer de una anestesia adecuada, equipo, elementos sanguíneos y antibióticos, con una mortalidad muy alta a pesar de los pocos casos realizados.

No obstante los avances de la gineco-obstetricia en las últimas décadas, la cesárea con histerectomía continúa siendo motivo de controversias, si bien fue ideada con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna debida a hemorragia y a la infección, es un procedimiento radical y mutilante, empleado en mujeres durante la época reproductiva.

Las indicaciones para esta cirugía sigue siendo motivo de discusión, algunos autores argumentan que el fin de la cirugía debe ser ejecutada tan sólo como una medida para salvar la vida de la paciente, sin embargo, otros autores sugieren que la cesárea con histerectomía es un método aceptable incluso con el objeto de efectuar esterilización permanente. Basados en nuestra revisión de expedientes clínicos, consideramos que existen motivos suficientes para establecer que la cesárea con histerectomía es un método operatorio apropiado en ciertas pacientes. Es importante reconocer que, a pesar de las técnicas anestésicas y quirúrgicas modernas existen aún cierto grado de morbilidad asociada a la cesárea con histerectomía.

El presente trabajo se inicia con una revisión de

trabajos de otros investigadores, haciendo una descripción de los aspectos históricos y evolutivos de esta intervención quirúrgica, así mismo se realiza un análisis de las diferentes indicaciones y complicaciones, también se revisan puntos importantes de la técnica quirúrgica, los cuales habra que tomar muy en cuenta con el fin de disminuir los accidentes y lesiones a otros órganos durante el acto operatorio.

Posteriormente se realiza una revisión de casos clínicos de pacientes en diferentes edades del estado grávido puerperal, analizándose por separado los casos de cesárea con histerectomía y la histerectomía en el estado grávido puerperal, con el fin de determinar su frecuencia, indicaciones y complicaciones.

ANTECEDENTES

Aunque Eduardo Porre fue el primer cirujano que - ejecutó una cesárea con histerectomía en una paciente- viva, no fue el primer individuo en concebir la idea - de extirpar el útero en el momento del parte abdominal ya que cerca de cien años antes de la famosa operación de Porre, varios investigadores en diferentes países, - sugirieron que la extirpación del útero en el momento- de la cesárea podría ser posible e indispensable para- salvar la vida de la paciente grávida. (3,8,16)

En 1768 Joseph Cavallini de Florencia, describió- su trabajo experimental sobre operación cesárea e his- terectomía en animales de laboratorio, y aunque nunca- ejecutó la operación en una mujer, sus investigaciones- estimularon a otros autores a considerar más formalmen- te la posibilidad de tal operación en una paciente obs- tétrica. (8,16,21) G.P. Michaelis en 1809 y James B. - en 1823, aunque también limitaron su experimentación a los animales de laboratorio, arguyeron con temas per- suasivos que podría efectuarse con buen éxito la his- terectomía después de la cesárea en la mujer. (8)

En 1869 Horatio Storer, ejecutó la primera cesá- rea con histerectomía en una paciente viva en Estados- Unidos, en éste caso particular fue necesaria la inter- vención quirúrgica por encontrarse obstruido el canal- del parte por un gran tumor pélvico, después del naci- miento del niño se ejecutó una histerectomía subtotal- que controlaría la hemorragia que existía y que a ju- cio de Storer ponía en peligro la vida de la madre.(8)

La idea de H. Storer abriendo el abdomen fue. 1) para hacer un diagnóstico preciso, 2) para extirpar el tumor si fuera posible, permitiendo así el paso del -- feto, 3) abrir y evacuar el útero si el tumor no pudie- ra ser extirpado, ante lo imposible de extirpar el tu- mor, el útere fue abierto y un producto de término fue

sacado, posteriormente se observó atonía uterina, la hemorragia era alarmante y para salvar a la mujer se decidió sacar todo lo más posible de la masa, incluyendo el útero. Esto se efectuó ligando el cérvix, cortando al útero, cauterizando el muñón y aplicándole una gran grapa, aunque el útero fue resecaado satisfactoriamente, la paciente murió tres días después de la operación. (8,16)

Siete años más tarde, Eduardo Porro de Milán, describió en un trabajo muy detallado la primera cesárea con histerectomía en la cual madre e hijo sobrevivieron. La paciente de Porro, Julia Cavallini, era una primípara de 25 años de edad, y de 1.24 m. de talla, con una configuración pélvica notablemente distorcional por raquitismo. Porro practicó una cesárea primaria cuando la paciente llevaba siete horas de trabajo de parto. Porro y sus ayudantes se lavaron las manos con una solución de ácido carbólico diluido, se administró cloroformo a la paciente, el útero fue abierto y el niño sacado vivo, después de extraer la placenta, un instrumento llamado constrictor de Cintrat fue pasado sobre el cuello del útero incluyendo un ovario y una trompa de Falopio, el alambre fue suficientemente apretado para controlar la hemorragia, a continuación el útero fue incidido, la cavidad abdominal se limpió con esponjas carbolizadas y se pasaron tubos de drenaje a través de la herida abdominal que fue cerrada por medio de suturas con alambre de plata, el pedículo fue tocado con perclorhidrio de hierro y todo el aparato constrictor fue alejado de la herida. A pesar de no disponer de productos sanguíneos para transfusión, de soluciones intravenosas para restitución de líquidos ni tampoco de antibióticos, y a pesar de una técnica operatoria que hoy calificaríamos de horrenda, la paciente de Porro sobrevivió después de un curso posoperatorio muy turbulento de cuarenta días de duración. (8,13)

La respuesta médica a esta operación, conocida desde entonces como operación de Perre no se hizo esperar, suscitando gran interés la cesárea hysterectomía por parte de otros investigadores. Pocos meses después del infame de Perre, Inzana y Previtali en Italia y Hegar en Alemania ejecutaron esta operación en varios casos en los que por desgracia aunque dos de los tres lactantes sobrevivieron, todas las madres murieron por complicaciones posoperatorias. (8,16) Aunque estos resultados no son tan sorprendentes como parecen, ya que los reportes indican que la primera de las pacientes sufría de osteosarcoma de la pelvis, la segunda de raquitismo y eclampsia y la tercera había estado cinco días en trabajo de parto antes de la operación.

Dos años después del famoso trabajo de Perre apareció en la literatura Muller de Berna, describiendo la primera modificación de la técnica de Perre. El 4 de febrero de 1878, operó Muller a una paciente que había estado tres días y medio con trabajo de parto y presentaba un cuadro que hoy sería claramente reconocido como septicemia. La principal innovación de Muller fue extraer el útero de la cavidad abdominal y elevarle sobre esta, antes de practicar la incisión de histerectomía, pretendía desde luego con esta maniobra evitar el escape de líquido amniótico infectado a la cavidad abdominal, aunque el feto en este caso murió in útero, la madre sobrevivió. (8,16) El defecto de este método fue el gran corte necesario en el abdomen, también había el riesgo de asfixia en el niño debido al uso del torzáqueto elástico de Semarsch. Estas adiciones al proceso original fueron bien recibidas y la operación de Perre Muller tuvo muchos adeptos, como lo demuestra la literatura de esa época.

Tarnier en 1879 efectuó la primera hysterectomía en el estado grávida puerperal, en Francia, usando el aparato de Koeberle para sujetar el cérvix en lugar de

de las ligaduras acostumbradas. Bischeff en 1879 operó en la semana 34 de gestación por carcinoma de cérvix, la paciente murió once horas después de la operación. En la autopsia se encontró un útero ligado e invasión de cáncer.

En 1880 Robert P. Harris de Estados Unidos revisó la literatura mundial y describió 50 casos de esta operación publicados en siete países. La mortalidad materna acumulativa ascendió a 58 por 100, y sin embargo el índice de supervivencia fetal fue de 86 por 100. (8, 16)

Fue incluida en la serie inicial de Harris la primera cesárea con histerectomía tipo Porro lograda en Estados Unidos. Ejecutó la operación en 1880 Isaac Taylor de Nueva York, quien utilizó una técnica de ligadura uterina similar a la de Porro. Por desgracia, la paciente de Taylor murió de embolia pulmonar el 26 día de posoperatorio. (8,16)

La primera operación cesárea satisfactoria con histerectomía subsiguiente efectuada en Estados Unidos la practicó Richardson en 1880, y su enferma como la de Porro, era una paciente de 25 años con talla apenas de 1 metro. Utilizó Richardson la técnica de Muller de exteriorización del útero en el que una vez sobre la pared abdominal, se abarcó con una asa metálica bien apretada alrededor del cérvix, para garantizar la hemostasia. Después de la incisión de histerotomía y del nacimiento del niño, fue amputado el útero y el muñón cervical cauterizado con ácido fénico y desplazado hacia atrás en la pelvis. La madre y el lactante sobrevivieron después de una hospitalización prelegrado y complicada. (8,16)

Es importante recordar que de los 50 casos de cesárea con histerectomía publicados en 1880, todos eran de tipo subtotal, y que en 1891 Spencer Wells de Gran Bretaña describió la primera cesárea con histerectomía total, que se ejecutó debido a que la paciente padecía

un carcinoma cervical invasor. Es también interesante hacer notar que los primeros investigadores emplearon la que ahora es reconocida como incisión uterina clásica. En 1884 ejecutó Godron en Gran Bretaña la primera cesárea satisfactoria con histerectomía y presentó el primer informe sobre la incisión uterina transversa baja. (8,16)

De los primeros registros estadísticos de histerectomía en el estado grávida puerperal, encontramos, en 1879 Robert F Harris reporte 29 casos de operación de Ferre apuntando que su valor era considerado bajo - los siguientes puntos.

1. Prevenir la posibilidad de escape de leques a la cavidad abdominal.
2. Extirpar gran cantidad de tejido en el cual la sepsis generalmente se desarrolla.
3. Prevenir todo riesgo de inercia uterina secundaria y hemorragia.
4. Disminuir el riesgo de peritonitis derivada del útero.
5. Permitir tratamiento antiséptico directo.
6. Prevenir el riesgo de embarazo subsiguiente.

Las indicaciones de la histerectomía en obstetricia han sufrido una serie de cambios a través de su desarrollo.

Desde las primeras ideas respecto a la posibilidad de su ejecución a mediados del siglo XVIII hasta 1900, la histerectomía en obstetricia, fue aconsejada tan sólo como una medida salvadora, para conservar la vida de la madre, pero en 1900 Reed de Estados Unidos, bosquejó las siguientes indicaciones para el método de Ferre:

1. Todos los casos en que debido a las condiciones generales, está indicada operación cesárea y además -

es requerida la resección del útero.

2. En los casos de feto muerto e infección del útero.
3. Atresia extensa de la vagina, que impide la expulsión de los lequios.
4. Cáncer de cuello uterino
5. Ateña uterina e hemorragia incontrolable a nivel de la placenta.
6. Casos de retura del útero en los cuales las suturas no brindan garantía alguna de resistencia. (8,16)

Sin embargo, en los primeros años del siglo, a pesar de la elevada mortalidad materna, en verdad alarmante, algunos investigadores comenzaron a propugnar su uso tan sólo con fines de esterilización. Por ejemplo, en 1900 Duncan y Targett de Gran Bretaña sugirieron ejecutar histerectomía subtotal para esterilización después de la operación cesárea. En 1922, J.W. Harris en el Hospital Johns Hopkins informó de una serie de 64 cesáreas con histerectomía subtotales de las cuales 18 se llevaron a cabo para esterilización; Harris justificó estos métodos invocando una mejoría de la mortalidad materna de 4.68 por 100. (8,16)

En 1935, otros investigadores comenzaron a sugerir la ampliación cautelosa de las indicaciones para histerectomía después de la operación cesárea, y en este año, Lash y Cummings de Estados Unidos propusieron las siguientes indicaciones para esta operación.

1. Infección intrauterina.
2. Pérdida aguda de sangre durante la operación.
3. Nefropatías crónicas.
4. Tuberculosis.
5. Todo caso en que esté indicado esterilización. (8)

En forma anéloga, dos años después Wilson informó de que 8.7 por 100 de todas las operaciones cesáreas en la Universidad de Rochester terminaban por histero

tomía, y citó también al mioma uterino, hemorragia incontrolable, infección durante el parto y esterilización como indicaciones aceptables para cirugía. (8,16)

En 1951 Davis de Chicago hizo notar que se justifica la cesárea con histerectomía en mujeres cercanas al fin de su período reproductivo, en quienes el útero ya no va a desempeñar una función útil, y que cuando a la paciente ya no le interesa la reproducción se puede prescindir del útero, pues en última instancia, el envejecimiento del órgano no deja de predisponer a la generación y a enfermedades graves. Al referirse a la preocupación de sus contemporáneos en cuanto a los aspectos psicológicos de la histerectomía electiva, Davis disipó sus temores al señalar que, la sección del útero después del parto no interfiere con la vida marital normal, sino que en realidad mejora la actividad sexual. Al resumir su elocuente disertación Davis concluye que la cesárea con histerectomía representa un progreso evidente y lógico en obstetricia. (7)

Siete años más tarde, Sandburg, Hallet e Hirsch, se refirieron a la conveniencia de la cesárea con histerectomía, como método de esterilización. En este punto de la evolución de la cesárea con histerectomía, los argumentos en pro y en contra son muy controvertidos. Fletsch y Sandberg, trataron de introducir alguna objetividad al debate mediante una nueva definición de las indicaciones generales de la intervención que nos ocupa e hicieron notar que los primeros investigadores clasificaron los métodos en electivos e indicados. Bajo este útil esquema de clasificación, los métodos electivos usualmente incluyen operaciones ejecutadas solamente con fines de esterilización, mientras que los métodos indicados son las operaciones efectuadas con motivo de urgencias obstétricas que ponen en peligro la vida de la madre, o para tratamiento de padecimientos ginecológicos coexistentes como leiomiomas endometriosis y dismenorrea. (16)

CONSIDERACIONES ACTUALES SOBRE TECNICAS OPERATORIAS

El sitio y modalidad de la incisión uterina para la cesárea, varía según sea la decisión de practicar-- histerectomía, si se toma antes o después de realizar la incisión uterina. Si desde un principio se planea la extirpación del útero, la mayoría de los autores -- prefieren la cesárea corporal, por su brevedad, y porque la histerectomía consecutiva suprime en gran parte los inconvenientes que a tal incisión se le reconocen universalmente. El hecho de que tal incisión sea más sangrante que la segmentaria podría invalidar la afirmación anterior, aunque una rápida hemostasia con pinzas apropiadas y surjete continuo, evita la pérdida -- sanguínea.

Hay sin embargo, autores que prefieren la inci -- sión segmentaria, aprovechando el corte peritoneal bajo, para separar las fascias vesicouterinas y vesico-- vaginal, cuando la decisión de hacer histerectomía surge después de efectuar la incisión uterina para la cesárea. Numerosas razones han demostrado que el corte de elección es el segmentario y de éste el transversal arciforme es el más ventajoso.

La técnica de la histerectomía, no tiene en general diferencias importantes, con la seguida comúnmente fuera del estado grávido puerperal. Sin embargo hay que tomar en cuenta los cambios anatómicos que los órganos pélvicos presentan por la gestación, el aumento de irrigación sanguínea de la pelvis durante el embarazo, la distorsión de la anatomía causada por el crecimiento uterino, fragilidad de los edematosos tejidos pélvicos y las adherencias por cirugías previas, predisponen a que exista dificultad técnica para el procedimiento. (4) También merece destacar la división de criterios en cuanto a la característica de la operación, si ésta debe ser total o subtotal, sirviendo de

elementos de juicio las siguientes características:

1. La histerectomía subtotal es más sencilla y - por lo tanto, más breve, reduce al mínimo la agresión quirúrgica y anestésica, permite la conservación íntegra de la anatomía y fisiología vaginales, tiene riesgos mucho menores de lesiones ureterales y vesicales, respetando los medios de sostén que garantizan la conservación de la estática pélvica. Permite en ciertos casos, además, la conservación de pequeñas hemorragias de endometrio, con lo cual se conserva una leve expresión de la función menstrual. Tiene el grave inconveniente de dejar el muñón cervical, que es fuente de -- una extensa y peligrosa patología ulterior.

Hay que recordar que cuando se lleva a cabo la de cisión quirúrgica, el estado de la paciente generalmente es malo, optando en estas condiciones por una histerectomía subtotal. (11,21)

2. La histerectomía total, sustrae radicalmente - toda la patología cervical y aún cuando es más laboriosa que la subtotal, el cirujano experimentado emplea - sólo unos minutos más de tiempo, en realizar la extirpación total. La mayor vascularización de la pelvis no representa un riesgo adicional, ya que los cortes se - hacen entre dos pinzas o ligaduras, la estática pélvica se conserva perfectamente si se hace una correcta - fijación de los ligamentos cardinales, uterosacros y - redondos a la cúpula vaginal, algunos autores recomiendan dejar los pedículos extraperitoneales y además no - cerrar la cúpula vaginal, sino que se aplica una jareta alrededor de ésta para dejarla abierta. (11)

También existe un caso en el cual es indispensable quitar el cuello, es el caso de la placenta previa central, ya que este sitio seguirá sangrando a pesar - de que se quite el útero. (11)

Podríamos resumir lo dicho hasta aquí de esta --

técnica quirúrgica, diciendo que siempre que el estado de la paciente no sea grave y que permita el extirpar el útero completo y la habilidad del cirujano así también lo permita, se debe realizar una histerectomía total sin anexos y que existen ocasiones en las cuáles es indispensable de todos modos retirar el cérvix. (11)

En lo que se refiere a la conservación o extirpación de anexos, puede aplicarse para la cesárea con histerectomía, el mismo criterio que para cualquier histerectomía, si ambos ovarios se encuentran sanos o con alteraciones macroscópicas corregibles en el laboratorio, deben conservarse los dos, o bien sólo, el izquierdo, teniendo cuidado en ambos casos de conservar también una de las trompas. Si hay patología macroscópica sospechosa de malignidad en los ovarios, o bien, si para algunas de las mujeres se encuentra en los límites de la menopausia, se realiza la extirpación de ambos ovarios y ambas trompas. En todo caso, cuando se conserve uno de los ovarios, debe cuidarse de hacer su fijación apropiada para asegurar su circulación adecuada y evitar su prolapso. Es notorio que la mayoría de pacientes aún se encuentran en edad reproductiva, quedándoles largo período de actividad hormonal, por lo que se debe tratar de conservar los ovarios por que de otra manera estaríamos obligados a llevar por tiempo indefinido el tratamiento con terapia hormonal sustitutiva. (11,21)

INDICACIONES ACTUALES DE LA HISTERECTOMIA EN LA PRACTICA OBSTETRICA

A pesar de los avances de la ginecoobstetricia en las últimas décadas, la histerectomía en obstetricia continúa siendo motivo de controversia, si bien fue ideada con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna debida a la hemorragia y a la sepsis, es un procedimiento radical y mutilante, empleado en mujeres durante la época reproductiva. (21)

Al transcurrir el tiempo, las pacientes con cesárea previa, dehiscencia de cicatriz uterina e implantación anormal de la placenta, aumentan progresivamente y hacen crecer el riesgo de rotura. Así de esta manera la histerectomía en la práctica obstétrica es realizada más frecuentemente, su empleo se indica para resolver problemas de urgencia obstétrica, en forma electiva y como método de esterilización en algunos países anglo-sajones. (21)

Para facilitar el análisis de las causas que determinan la operación, se dividen las indicaciones en absolutas, relativas y electivas. (20,21)

La indicación absoluta, está formada por los casos que ponen en peligro inmediato la vida de la paciente y que comprenden los accidentes hemorrágicos agudos y la infección. En nuestro medio, la histerectomía obstétrica sigue siendo utilizada como un procedimiento de emergencia, para algunas complicaciones graves del trabajo de parto, es poco aceptable la operación como procedimiento electivo. (3,4,10,20,21)

Las relativas están formadas por los tumores benignos y malignos del útero y/o anexos, y los sangrados tardíos posparto. En el grupo de las electivas-

se incluyen la de esterilización por cicatrices del útero y por padecimientos generales o problemas sociales independientes de patología genital. (10,20,21)

En el primer grupo, no se toma en cuenta ni la edad ni la paridad de la paciente para decidir la operación y comprende los siguientes subgrupos.

Rotura uterina.

La frecuencia de la rotura uterina varía con gran cantidad de factores, la práctica actual de la obstetricia y su ejercicio por médicos y centros especializados ha hecho disminuir en forma importante los casos de rotura traumática del útero. A pesar de ello, el creciente número de cicatrices uterinas por operaciones cesáreas y de otro tipo de cirugías uterinas, determinan una mayor labilidad del órgano, exponiéndolo a una dehiscencia de la cicatriz. (3,4,10,21) Estas razones unidas a otros problemas médicos que se relacionan con tal accidente como la capacidad asistencial de los servicios prenatales y tocoginecológicos, la preparación técnica del personal, determinan la gran variabilidad de frecuencia encontrada, la conducta terapéutica de la rotura uterina es producto de la vieja controversia entre dos métodos, la histerorrafia y la histerectomía, éste punto ha tomado en la actualidad causas más o menos precisas, con las variaciones que la individualización de los casos exige. La histerectomía constituye el tratamiento definitivo de la rotura uterina, pero no debe realizarse por sistema, en ocasiones el obvio de tiempo no lo permite, no siempre es técnicamente realizable y muchas veces el cirujano no se siente capaz de llevar a cabo el procedimiento. Estamos convencidos que la rotura uterina anfractuosa total, completa y que se acompaña de infecciones uterinas importantes o hematomas que hacen perder al músculo --

uterino sus propiedades naturales y deben ser resueltas por histerectomía. La histerorrafia debe practicarse cuando:

1. Sean aceptables quirúrgicamente los bordes de la herida, sin deformar al útero o crearle condiciones que sean fuentes de patología ginecológica ulterior
2. Se trate de mujeres jóvenes
3. Exige necesidad social o grandes deseos de tener otros hijos.
4. Sea posible en la práctica, efectuar una vigilancia estrecha y armada en un nuevo embarazo.

Las returas uterinas que se presentan por dehiscencias de cicatrices segmentarias, son generalmente fáciles de suturar y casi siempre pueden tratarse por histerorrafia. (3,4,10,21)

Placenta Previa.

Aun cuando en la gran mayoría de los casos el problema termina con la extracción del producto y sus anexos, existe un número no muy escaso en los cuales la extirpación del útero se hace indispensable, por persistencia de sangrado a pesar del empleo de émbolos, ligadura de vasos visibles que sangran en el lecho placentario y otros intentos para cohibirlo. El mecanismo del sangrado puede estar ligado bien al exeso de irrigación que se produce en el sitio de inserción placentaria, bien en la estructura muscular del segmento inferior que no permite una homeostasia adecuada o podría ser una combinación de ambos factores. (20 21)

Placenta acreta.

La adherencia anormal de la placenta puede ser según su extensión: total, parcial o fokal y según la profundidad alcanzada por las vellosidades coriales, -acreta, increta o percreta. (24)

La frecuencia del padecimiento es muy variable. En términos generales, se puede decir que mientras mayor número de estudios histopatológicos se realizan, -- mayor incidencia se reporta, sin embargo, los casos de acretismo placentario total son excepcionales. Algunos autores sostienen que la histerectomía no es imperativa, más no es posible asegurar el diagnóstico sin el estudio anatomopatológico del útero. (3,20)

Las tentativas conservadoras de extraer los cotiledones exponen a sangrado importante, así como a que se dejen algunos con los riesgos de sangrado posterior e infección, o bien a que en el intento de vaciamiento se extirpe miometrio y se produzcan roturas que ocasionen hemorragia importante y consecuentemente obliga a efectuar una cirugía urgente, con la paciente en malas condiciones, por todas estas razones, apoyamos la conducta intervencionista sin reservas. (3,11,12,20)

El acretismo placentario es tres veces más frecuente en las multíparas y de ellas en especial las sometidas a cesárea, extracción manual de placenta, infecciones agudas y crónicas o legrados. (24)

Atonía uterina

La atonía uterina se considera como una indicación absoluta de histerectomía en los casos irreversibles. Aunque no está establecida la frecuencia del padecimiento, se considera que los casos de atonía uterina son cada vez menos frecuentes, esto se debe a una mejor atención obstétrica con las siguientes normas.

1. Extraer lentamente al producto, lo que favorece la retracción uterina
2. Usar los derivados del cornezuelo de centeno, así como los oxitócicos, después de la salida del hombro anterior.
3. Evitar el exceso de manipulaciones innecesarias, tales como la revisión de cavidad posparto por espa-

cios prolongados, ya que pocos segundos bastan, por lo general, para la localización de restos ovulares o rotura uterina, etc. (3,4,12,21)

De gran interés y discusión ha sido una de las indicaciones que clásicamente se han considerado como -- tributaria absoluta de histerectomía, nos referimos al útero de Couvelaire. Este está considerado tal y como fue descrito por el autor, caracterizado por una disección total de las fibras musculares por difusión de sangre del hematoma retroplacentario, que da un aspecto equinótico al órgano y que se presenta en los casos de desprendimiento prematuro de placenta. A medida -- que han pasado los años, se ha demostrado, que en todos los casos en que se practica una histerectomía con ese diagnóstico, se comprueba el estudio anatomopatológico. Hoy en día la conducta general, está de acuerdo con lo establecido en la literatura mundial a éste respecto y sólo se quitan aquéllos úteros que clínicamente tiene aspecto de Couvelaire, y que después de las medidas necesarias no haya contracción del útero en forma adecuada. Por lo tanto la indicación de histerectomía por apoplejía uterina por el aspecto macroscópico del órgano, ha dejado de serle y los casos en que se presente, solo se hará si existe atonía uterina. (3, 4,17,20)

Embarazo ectópico intersticial y cervical.

Estas dos eventualidades son extraordinariamente raras en la práctica clínica. El embarazo intersticial se reporta con una frecuencia que varía del 1% al 4% del total de las localizaciones ectópicas de la gestación. Si se encuentra en la zona vecina a la cavidad uterina termina generalmente por aborto espontáneo, pasando inadvertido, más si está implantado un poco más lejano, continúa su crecimiento y termina por rotura

uterina antes de la vigésima semana , con gran hemoperitoneo y estado de choque.

El embarazo cervical es aún más raro y existe --- gran discrepancia sobre la validez de los casos reportados. El embarazo cervical debe tratarse inicialmente por legrado y taponamiento del cérvix y vagina, solo que persista el sangrado o éste sea importante, se resolverá por la histerectomía.

Hemorragias iatrogénicas.

Esta indicación que se considera absoluta de histerectomía, no ha sido estudiada como tal, por los trabajos previos realizados sobre el tema. Consiste esencialmente en la hemorragia resultante de defectos de técnica, durante la operación cesárea, ya sea por prolongación de la incisión, o bien sea porque se realice una incisión inadecuada ó porque las maniobras para -- extraer al producto sean demasiado enérgicas o bruscas y la incisión se prolongue extensamente hacia la cara posterior o en forma oblicua hacia alguna de las comisuras del cérvix.

En ambos casos el problema debe ser manejado con el criterio de que tal accidente es una retura traumática del útero. (3.17)

Hipofibrinogenemia.

En los últimos años, los problemas de la coagulación sanguínea producida por depleción de fibrinógeno han sido estudiados en forma muy amplia, sus causas -- más frecuentes en obstetricia son: El desprendimiento prematuro de placenta, feto muerto y retenido, embolia de líquido amniótico, choque séptico y choque hemorrágico con transfusiones sanguíneas numerosas. Siendo -- los mecanismos de hipofibrinogenemia los siguientes:

1. La presencia de tromboelastina en el torrente circun-

- laterie con activación de fibrinógeno a fibrina, el que se deposita en el interior de los vasos.
2. Presencia de fibrinolisinias que se producen en el líquido amniótico, placenta y decidua, que directamente actúan sobre el fibrinógeno.
 3. Depósito de fibrina en el hematoma retroplacentario que contiene gran cantidad de tromboplastina, lo que aumenta el descenso del fibrinógeno.

Aunque éste padecimiento es poco frecuente, en toda paciente que se sospeche o se compruebe una hipofibrinogenemia, es absolutamente indispensable seguir el tratamiento médico que se preconiza en éstos casos y que sería; el empleo de sangre fresca e plasma fresco, corticoides, oxitecina y fibrinógeno.

La histerectomía no debe realizarse por lo tanto, por causa de hipofibrinogenemia a pesar de que algunos la defienden y otros con reservas. Consideramos que -- con verdadera excepción puede efectuarse en los casos en los cuáles una vez controlado el problema con tratamiento médico, vuelve a reaparecer posteriormente, lo que indicaría que es debido a una segunda disminución del fibrinógeno plasmático, ocasionada por fibrinolisinias destructoras del mismo con origen en la decidua, en proporciones incontrolables por el tratamiento médico. (12,17)

Infecciones.

La histerectomía fue inicialmente planteada para evitar la infección puerperal. El progreso constante de la antibioticoterapia ha propiciado que cada vez se emplee menos este procedimiento. Sin embargo, la histerectomía puede efectuarse en algunos casos de choque séptico, bien sea, por aborto séptico, infección amniótica e sepsis puerperal.

En el choque séptico ocurre paso de endotoxinas -

al torrente circulatorio, ocasionando múltiples cambios fisiológicos, uno de los cuales el más grave, es alteración en el mecanismo de la coagulación. El tratamiento del choque séptico, se hace a base de antibióticos, vasopresores, corticoides, líquidos, etc. El vaciamiento uterino debe ser un objetivo central y se realizará en cuanto sea posible. A pesar de ello hay casos en los cuales las medidas generales fracasan y el choque persiste, siendo en éstos casos en los que se preconiza la histerectomía como método necesario y con magníficos resultados. (10,12,21)

En el segundo grupo de indicaciones, la realización de histerectomía dista de ser imperativa y por su carácter relativo, exige que nos encontremos ante pacientes de edad y multiparidad avanzada, comprendiendo los siguientes subgrupos. (21)

Miomatosis uterina.

La indicación de histerectomía en pacientes embarazadas que cursen con miomatosis uterina, dependerá de si el deseo de paridad está satisfecho y la edad de la paciente. Así mismo es necesario tomar en cuenta que en algunas ocasiones, dependiendo de la magnitud de la patología tumoral, ésta puede interferir con los mecanismos de contractilidad uterina posterior al nacimiento del producto, ocasionando atonía uterina y sangrado importante, obligando consecuentemente a efectuar una cirugía de urgencia. (21)

Antes de decidir a efectuar histerectomía por miomatosis y embarazo, habrá que tomar en cuenta lo siguiente.

1. No existe urgencia de hacerla.
2. El procedimiento es mucho más traumático y sangrante que cuando se realiza sin embarazo.

3. En muchos casos en que aparentemente no podría llevarse a cabo una miomectomía por las grandes dimensiones de los miomas, siendo más sencilla la enucleación de los tumores una vez que ha pasado la involución uterina.
4. No se priva a la paciente de la posibilidad de tener otros hijos.

Garcinoma cervico uterino.

La frecuencia del cáncer cervicouterino durante el embarazo varía desde el .002% al 3.5%, (18) para el carcinoma in situ, y hasta de un 10%, (19) para el carcinoma microinvasor. Esta divergencia tan marcada es debida principalmente a los siguientes factores: nivel social, económico, higiénico y educacional en el grupo de estudio, así mismo influyen factores tales como: consulta médica prenatal, realización o no de detección de cáncer y tipo de centro que lo estudia.

El manejo del cáncer cervicouterino durante el embarazo es muy discutido, pero la mayoría de los autores sugieren que debe tomarse en cuenta los siguientes factores:

1. Estadío clínico del cáncer.
2. Edad de embarazo.

El estudio clínico del cáncer cervicouterino durante el embarazo es el mismo que el de la paciente no embarazada.

En el cáncer cervicouterino, la mayoría de los autores permite después del diagnóstico, el parto vaginal y a las 6 a 8 semanas posparto efectuar histerectomía radical. En las pacientes con cáncer microinvasor si el embarazo es menor de 20 semanas se efectúa histerectomía en bloque, si el embarazo es mayor, se espera llegar al término y se realiza cesárea histerectomía

radical o histerectomía radical a las 6 semanas poscesárea. (18,19)

La histerectomía como indicación electiva se ha preconizado en un grupo de pacientes, con fines de esterilización, por patología general, deseo personal de la paciente o problemas sociales. (16) Por un lado cirujanos ginecológicos con amplia experiencia, indican -- que: los resultados globales con cesárea e histerectomía, justifica el uso continuado de la histerectomía total como método preferido de esterilización en casos electivos. En el extremo opuesto otros autores, -- investigadores muy cuidadosos han concluido que no recomiende la histerectomía como forma de esterilización en el momento de la cesárea ya que el riesgo de morbilidad y complicaciones, físicas y psicológicas, -- supera decididamente a los beneficios potenciales. Por lo tanto; los autores afirman que en vista de los riesgos de este procedimiento, se deben realizar estudios posteriores para evaluar sus beneficios, como método de esterilización. (2,5,6,8,10,16)

Las cicatrices uterinas día con día se discuten -- más, como indicaciones de histerectomía. Este punto -- está sujeto a criterios personales, por lo que en las estadísticas varía del 0 al 78%. Debe seguirse el mismo criterio que se preconizó antes para la solución de la rotura uterina. (2,5,6,8)

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA EN OBSTETRICIA

Como demuestra la exposición precedente, la cesárea con histerectomía ha evolucionado desde un método quirúrgico ejecutado inicialmente tan sólo como medida para salvar la vida materna a una técnica que se lleva a cabo para tratamiento de urgencias obstétricas y para la práctica de esterilización electiva. Los partidarios de la operación estiman que en manos hábiles -- este método es tan inocuo como la cesárea con ligadura tubéfrica e la cesárea con intervalo para histerectomía mientras que otros investigadores consideran que la morbilidad asociada con la cesárea e histerectomía es tan alta que tan sólo se justifica cuando peligrá la vida de la madre, por hemorragia incontrolable, infección o procesos ginecológicos malignos. Como se observará aún existe gran controversia en la indicación de este tipo de cirugía. (9,15,16)

Numerosos autores han efectuado revisión de varias series y la consideración cuidadosa de los datos revela que de hecho existe importante morbilidad asociada con ésta intervención, si bien es justo reconocer que en ciertos casos, la secuencia global de complicaciones quizá no difiere mucho de la registrada con la cesárea o la histerectomía abdominal sola. Sin embargo, la naturaleza y magnitud de algunas de las complicaciones, si es al parecer cualitativamente distinta. (15)

Es necesario tomar en cuenta la revisión de otras series, que incluyan pacientes de diferentes niveles socioeconómicos y métodos ejecutados por médicos de diferentes niveles de experiencia.

No obstante se pueden determinar las principales complicaciones quirúrgicas que cabe anticipar cuando se ejecuta una cesárea e histerectomía. La mayor parte de las complicaciones pueden agruparse bajo los --

siguientes grupos. 1) mortalidad operatoria, 2) hemorragia perioperatoria, 3) complicaciones relacionadas con infección y 4) lesión de las vías urinarias.

Mortalidad operatoria.

Aunque la mortalidad reportada en la literatura mundial, es muy variable y que se encuentra desde un 0.71 por 100 hasta un 3.4 por 100. (1,3,4,10) es más lógico encontrar cifras de mortalidad altas en las histerectomías hechas por indicaciones de urgencia, puesto que implican un recurso de imperiosa necesidad para salvaguardar la vida de la paciente, asociándose frecuentemente a las alteraciones que diversas complicaciones le han ocasionado previamente, en las histerectomías electivas, en cambio, las condiciones generales de la paciente son satisfactorias y permiten al cirujano efectuar el acto quirúrgico con todo el tiempo y seguridad que este requiere. (1,4,26)

Hemorragia perioperatoria.

La complicación más frecuentemente asociada con la histerectomía obstétrica, es la hemorragia durante la operación o después de la misma. Sin duda, muchas de las cesáreas con histerectomía se ejecutan para tratamiento de hemorragias que amenazan la vida, causadas por situaciones obstétricas como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. Sin embargo, un método electivo también puede acompañarse de riesgo importante de hemorragia. (3,4,16,20)

Es evidente, sin embargo, que existe mayor riesgo de hemorragia intraabdominal masiva cuando se ejecuta cesárea con histerectomía, al comparar los requerimientos de transfusión de las pacientes con cesárea e histerectomía, con las que son tratadas tan solo por --

cesárea, se comprobó un incremento de echo veces en la necesidad de transfusión de sangre en el primer grupo. (20, 22,23.)

Complicaciones relacionadas con infección

Las infecciones posoperatorias del tejido blando de la pelvis, de la herida abdominal, y de las vías urinarias constituyen el segundo grupo por su frecuencia de complicaciones asociadas con la cesárea acompañada con histerectomía.

La morbilidad febril estándar no constituye en no de algu^{no} refleje exacto de la verdadera frecuencia de infección clínica franca. Resulta mucho más útil sin duda, describir la complicación específica relacionada con la infección experimentada por la paciente. (3, 4,20)

La infección de vías urinarias se ha encontrado con una frecuencia que varía desde un 9 per 100 hasta un 49.7 per 100. A primera vista puede antejarse una cifra anormalmente elevada, pero hay que tomar en cuenta el tipo de pacientes estudiadas.

La celulitis pélvica e vaginal en manguito es otra de las complicaciones infecciosas que se pueden encontrar, aunque su incidencia es baja, se ha reportado hasta de un 3.3 per 100, sin embargo es importante observar que la infección franca del tejido blando de la pelvis después de cesárea con histerectomía no es mucho más alta, y de hecho, puede ser más baja que la de la infección uterina después de operación cesárea con ligadura tubárica, e sin ella. (3,4,16)

Lesión de vías urinarias.

Después de la hemorragia perioperatoria y de la-

infección, la lesión accidental de las vías urinarias es la complicación más frecuente asociada con la cesárea e histerectomía. De las lesiones producidas la cistotomía traumática que puede ocasionar secundariamente una fístula vesicovaginal, y también las lesiones ureterales son las más frecuentes. Se ha encontrado que en la mayoría de los casos, las lesiones de vejiga ocurren en pacientes con cesárea previa, en quienes se encontraron adherencias densas entre la pared posterior de la vejiga y del segmento uterino inferior. Los datos disponibles en la literatura sugieren, sin embargo, que la frecuencia de lesión de vías urinarias después de cesárea e histerectomía es más alta que la relacionada con cualquiera de estos métodos por separado. (2,3,5,16)

TECNICA QUIRURGICA

En la siguiente sección de esta revisión se incluye una exposición específica de las técnicas quirúrgicas ideadas para reducir al mínimo el riesgo de lesión de las vías urinarias. (16)

Selección de la incisión cutánea.

Quando se ejecuta cesárea con histerectomía para tratamiento de una urgencia obstétrica, debe utilizarse una incisión vertical que proporcione el acceso abdominal más rápido y asegure la exposición máxima durante todo el acto operatorio. Quando se practica cesárea con histerectomía para esterilización electiva o para tratamiento de un proceso ginecológico, es aceptable una incisión vertical e transversal. (15,16)

Incisión uterina.

Existe una notable diferencia de opiniones en cuanto a cuál sea el tipo óptimo de la incisión uterina. Ningún investigador ha recomendado uso sistemático de una incisión clásica debido al incremento asociado de pérdida de sangre. Hay sin embargo casos en que puede estar justificada una incisión clásica como parte de la cesárea combinada con histerectomía, por ejemplo, en posición transversa con el dorso posterior, -- presentación complicada, gestación múltiple, presentación de nalgas en premature, e placenta previa con grandes varicosidades del segmento uterino inferior. (3, 4, 15, 16)

Las opiniones se hallan divididas entre el uso sistemático de una incisión transversa baja e vertical también baja, ambas son desde luego aceptables siempre que no haya necesidad de prelungar la incisión lateralmente en dirección de los vasos uterinos, e hacia arriba en el miometrio engrosado. (15) Una vez extraídos el producto y la placenta debe cerrarse la incisión uterina con puntos separados de sutura.

Disección de la vejiga.

Como ya se mencionó la lesión accidental de la vejiga es la complicación quirúrgica más frecuente asociada con cesárea histerectomía, después de la hemorragia y la infección. La mayoría de las pacientes tratadas por cesárea con histerectomía han sido ya sometidas a cesárea una o más veces previamente, y como consecuencia no es nada raro observar en las mismas adherencias muy extensas entre la pared posterior de la vejiga y el segmento uterino inferior. Con objeto de reducir la frecuencia de lesiones vesicales es esencial utilizar la técnica de disección minuciosa para liberar la vejiga del útere subyacente.

Cuando existen adherencias, todo esfuerzo para separar la vejiga por disección roma induce trauma a la pared posterior de este órgano y cistitis accidental. El cirujano debe efectuar disección muy cuidadosa, con sección individual de las adherencias y evitando la disección lateral hacia los pilares de la vejiga, altamente vascularizadas. La disección inicial debe extenderse en dirección inferior, tan sólo en la medida necesaria, para practicar la ligadura de los vasos uterinos, ya que la ampliación adicional de la misma durante la primera fase de la operación puede ocasionar incremento del sangrado. (15,16)

Identificación del uréter.

La lesión ureteral es una complicación potencialmente conocida de la cirugía pélvica. Las lesiones del uréter pueden ocurrir en tres momentos durante el acto operatorio. En efecto, puede ser incorporado inadvertidamente al pedículo que contiene el ligamento infundibulopélvico cuando son resacadas las estructuras anexas. Puede ser ligado e seccionado al pinzar y anudar los vasos uterinos, y por último es factible también su lesión a medida que discurre a través del tejido paracervical y entra a la vejiga. Por lo que se considera esencial palparlo en el tercio distal de su trayecto y comprobar que se encuentra por fuera de los puntos que se van a aplicar. (3,5,8,15,16)

Aislamiento y ligadura de pedículos.

Una de las principales complicaciones durante la histerectomía en la práctica obstétrica es la hemorragia incontrolada de un pedículo vascular, frecuentemente el ligamento uterovárico. (3,4) y que en ocasiones obliga a la práctica de salpingo ovariectomía unilateral.

Como es sabido, los tejidos de la pelvis son muy ricos en vasos y aparecen edematosos durante la cesárea con histerectomía, de hecho los vasos ováricos y uterinos pueden estar dilatados hasta seis veces en relación con su calibre normal. Debido a éstos factores, están indicadas ciertas modificaciones de la técnica usual para histerectomía abdominal. Es esencial que todos los pedículos sean claramente identificados para preceder después a su aislamiento, pinzamiento y ligadura, es también importante reducir al mínimo la cantidad de tejido incluida en cada pedículo. Además ambas hojas del ligamento ancho deben ser incorporadas al pedículo para evitar retracción de los vasos y rezumante de las superficies peritoneales desnudas. (3, 4, 16)

Prevención de complicaciones relacionadas con infección.

Algunos autores consideran conveniente, dada la frecuencia de las infecciones puerperarias, la aplicación de antibióticos en forma profiláctica para reducir la incidencia de infección. Otros autores sin embargo, consideran que, la técnica metódica durante el acto operatorio es incluso más importante que el uso de antibióticos profilácticos. La atención cuidadosa a la hemostasia no sólo disminuye la pérdida de sangre, sino que priva a los microorganismos de un medio ideal para su multiplicación, el aislamiento de pequeños pedículos reduce al mínimo la necrosis tisular la cual predispone a proliferación de bacterias. El mantenimiento de un manguito vaginal abierto, facilita la hemostasia, y proporciona drenaje para líquido proveniente del suelo de la pelvis que a menudo se acumula después de la cirugía y ayuda a reducir el medio necesario para el crecimiento bacteriano. (3, 4, 5)

MATERIAL Y METODOS

Se revisó la estadística del Hospital lo. de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, del periodo comprendido del 10. de septiembre de 1982 al 31 de agosto de 1984. Obteniéndose datos del número de ingresos de pacientes obstétricas al servicio de Tocoquirúrgica, --- siendo atendidas en ésta, comprendiendo el número total de partos, cesáreas y abortos, e investigándose el número de histerectomías efectuadas.

De los datos anteriores se encontraron 8 cesáreas con histerectomía y 28 histerectomías en diferentes -- edades de gravidez y puerperio.

En esta revisión se incluyeron las cesáreas con histerectomía 8, y 20 histerectomías, siendo un total de 28 casos, los 7 casos restantes no se pudieron investigar por no poder contar con los expedientes correspondientes.

Se acudió al departamento de Anatomía Patológica, para completar la revisión, ya que algunos expedientes aún no tenían el reporte de estudio.

No se incluye en ésta revisión el tratamiento médico aplicado, que en varios casos fue intenso y que en algunas pacientes fue necesaria la administración de varios medicamentos, aunado a esto la importancia de la necesidad de vigilancia de éstas pacientes, por personal especializado en la vigilancia y mejoramiento de estos organismos. El 21.4 por 100 de éstas pacientes fueron atendidas en el servicio de Terapia Intensiva de esta unidad hospitalaria.

En el parámetro correspondiente a los incidentes-operatorios ocurridos, no se tomaron en cuenta algunos que de manera habitual se presentan en cualquier tipo de cirugía abdominal, sino los que tenían alguna relación con el proceso motivo de éste estudio. Así mismo no se toman en cuenta lesiones a otros órganos que se habrían ocasionado por intervenciones o accidentes secundarios a procedimientos quirúrgicos previos. No se analiza el riesgo fetal, por tener poca relación con las intervenciones en sí, ya que está condicionado al estado patológico previo de la paciente.

Para la investigación clínica de los expedientes se tomaron en cuenta los siguientes parámetros. La edad de las pacientes, los antecedentes obstétricos, el diagnóstico de ingreso, diagnóstico transoperatorio, complicaciones transoperatorias, tratamiento quirúrgico efectuado, el tipo de anestesia utilizada, complicaciones posoperatorias, diagnóstico histopatológico, sangre total administrada durante la estancia hospitalaria, así como la morbimortalidad.

RESULTADOS

En el servicio de tocoquirúrgica del Hospital lo. de Octubre, durante el periodo comprendido del lo. de septiembre de 1982, al 31 de agosto de 1984, ingresaron al servicio de obstetricia 12 997 pacientes, sin tomar en cuenta 2 003 pacientes subrogadas a otros centros hospitalarios, las cuáles se enviaron con el diagnóstico de, embarazo de término en trabajo de parto.

Se atendieron en éste periodo 7 929 partos, de los cuales 7 284 fueron partos eutócicos y 645 partos-distócicos.

Durante éste mismo periodo se realizaron un total de 2 503 cesáreas.

Se presentaron en éste servicio 2 565 abortos.

CESAREA-HISTERECTOMIA

A continuación, de los 28 casos investigados, se relatarán los resultados encontrados, primero de la cesárea con histerectomía y posteriormente las histerectomías realizadas en las diferentes etapas del estado grávido puerperal.

La cesárea con histerectomía fue realizada en ocho pacientes.

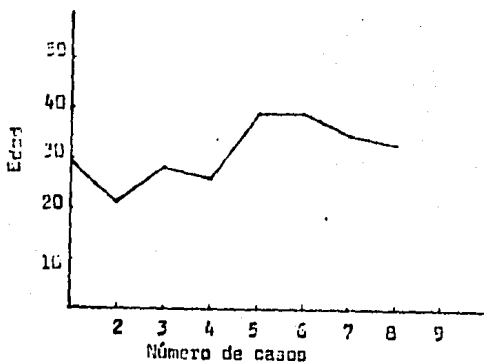
Se tomaron en cuenta el número de partos atendidos, abortos y cesáreas realizadas, con un total de 12 997 pacientes gestantes, encontrando una frecuencia de cesárea con histerectomía de 0.061 por 100, si tomamos en cuenta el número de pacientes subrogadas la frecuencia disminuye a 0.053 por 100.

En relación con el número de cesáreas realizadas se encontró una frecuencia de cesárea con histerectomía de 0.31 por 100.

La frecuencia de cesárea con histerectomía en relación con los casos revisados es de un 28.5 por 100.

La edad de las pacientes fue tomada en cuenta -- encontrando un promedio de edad en las pacientes de -- 31.25 años. Así como una mayor proporción de pacientes entre los 20 y 35 años de edad, 6 casos (75.0 por 100), observando la relación de casos y edad en la gráfica No. 1.

GRAFICA No. 1



Relación de edad según el número de casos de cesárea con histerectomía.

Antecedentes obstétricos.

En el cuadro No. 1 se presentan los antecedentes obstétricos de las pacientes, tomando en cuenta el número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos.

De los datos observados: Tenemos un máximo de 7 -- gestaciones y un mínimo de 1 gestación, con un promedio de 3.75 gestaciones por 100.

Se encontraron 4 casos (50 por 100) de pacientes nulíparas y 4 casos (50 por 100) de pacientes multíparas, con un máximo de 5 partos y un mínimo de 2, obteniendo un promedio de 1.25 partos por paciente.

En 4 casos (50 por 100) se encontraron antecedentes de abortos, una paciente con 3 abortos, otra con 2 y dos pacientes con 1, con un promedio de 0.87 abortos por paciente.

En 4 casos (50 por 100) se encontró el antecedente de cesárea previa, dos pacientes con 2 cesáreas previas y las dos restantes con una cesárea previa, con un promedio de 0.5 cesáreas por paciente.

CUADRO No. 1

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

CASO No.	GESTAS	PARTOS	CE-SAREAS	ABORTOS
1	2	0	0	1
2	1	0	0	0
3	3	0	2	2
4	4	1	0	2
5	5	2	2	0
6	4	2	1	0
7	7	5	0	1
8	4	0	1	3
TOTAL	30	10	6	9

Diagnóstico de ingreso.

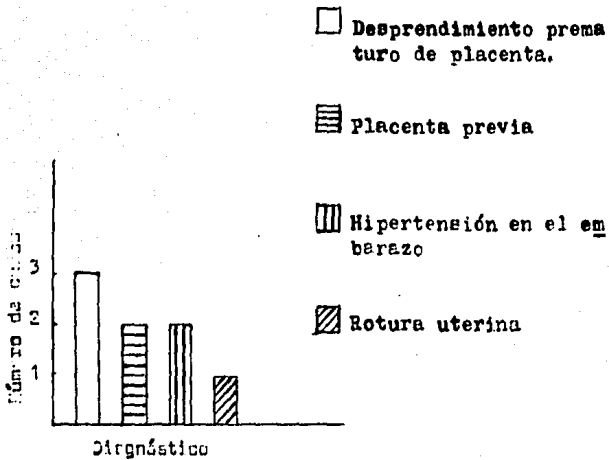
En el cuadro No. 2 se exponen los diagnósticos de ingreso de las pacientes.

Como se observa, en éste grupo estudiado, la causa más frecuente de patología al ingreso fue, el desprendimiento prematuro de placenta normalocerta 3 casos (37.5 por 100), siguiendo en orden de frecuencia-placenta previa 2 casos (25 por 100), preeclampsia 2 - casos (25 por 100), y rotura uterina 1 caso (12.5 por 100). Gráfica No. 2.

CUADRO No. 2

CASO No.	DIAGNOSTICO DE INGRESO
1	Embarazo de 42 semanas, sin trabajo de parto, preeclampsia leve.
2	Embarazo de 42.6 semanas, óbito fetal, desprendimiento prematuro de placenta.
3	Embarazo de 40.2 semanas, placenta previa total, hemorragia.
4	Embarazo de 36.6 semanas, desprendimiento prematuro de placenta.
5	Embarazo de 27 semanas, RPM, situación transversa, probable rotura uterina.
6	Embarazo de 39 semanas, preeclampsia severa.
7	Embarazo de 35 semanas, óbito fetal, desprendimiento prematuro de placenta.
8	Embarazo de 32 semanas, RPM, placenta previa, presentación pélvica, hemorragia.

GRAFICA No. 2



Patología de ingreso más frecuente.

Diagnóstico transoperatorio.

En estas pacientes se ratificó el diagnóstico de ingreso en 6 casos (75 por 100), y se agregaron otros diagnósticos, motivo de la decisión quirúrgica final, -- en 2 casos (25 por 100) el diagnóstico se modificó, -- agregándose patología transoperatoria. Cuadro No. 3

CUADRO No. 3

CASO No.	DIAGNOSTICO TRANSOPERATORIO
1	Atonia uterina.
2	El mismo y útero de Couvelaire.
3	El mismo y dehiscencia de cicatriz.
4	El mismo y útero de Couvelaire.
5	El mismo y rotura uterina de segmento, en cara posterior.
6	Atonia uterina.
7	El mismo y útero de couvelaire.
8	El mismo y atonia uterina.

De los diagnósticos agregados y modificados, se encuentra con mayor frecuencia. Atonia uterina, 3 casos (37.5 por 100) y útero de Couvelaire refractario al tratamiento médico, 3 casos (37.5 por 100)

Tratamiento quirúrgico.

Al analizar el tratamiento quirúrgico llevado a cabo en estas pacientes, se realizó en 4 casos (50 por 100) histerectomía total, en 2 casos (25 por 100) histerectomía subtotal, sólo en un caso se realizó histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, así como en otra paciente, histerectomía total con salpingooforectomía unilateral. Cuadro No. 4

CUADRO No. 4

CASO No.	TRATAMIENTO
1	Cesárea hysterectomía total.
2	Cesárea hysterectomía total.
3	Cesárea hysterectomía total.
4	Cesárea hysterectomía y salpingooforectomía izquierda.
5	Cesárea hysterectomía subtotal.
6	Cesárea hysterectomía subtotal.
7	Cesárea hysterectomía total y salpingooforectomía bilateral.
8	Cesárea hysterectomía total.

Anestesia.

A 6 pacientes (75 por 100) se les manejó con bloqueo peridural y sedación, al resto de las pacientes se les manejó con anestesia general inhalatoria.

Complicaciones transoperatorias.

Las complicaciones presentadas en el transoperatorio, fueron: La mas frecuente, hemorragia en el (100 por 100) de los casos, en 4 casos (50 por 100) presentaron choque hipovolémico, accidentes transoperatorios en un caso (12.5 por 100), el cual correspondió a lesión vesical, en 7 casos no hubo accidentes transoperatorios (87.5 por 100).

Complicaciones posoperatorias.

En 6 casos (75 por 100) no se presentaron complicaciones posoperatorias, excepto en 2 casos (25 por -- 100). Choque hipovolémico con hemoperitoneo, se presentó en un caso, por sangrado de un pedículo, ameritando nueva intervención quirúrgica, sin complicaciones posteriores, (Caso No. 5). Sangrado de cúpula vaginal en otro caso, siendo controlado con punto de hemostasia -- por vía vaginal, (Caso No. 7).

Morbilidad.

El 87.5 por 100 de los casos de cesárea con histerectomía no presentaron complicaciones, sólo una de las pacientes presentó insuficiencia cardíaca congénita.

Mortalidad.

No se presentó ninguna muerte.

Estudio anatomopatológico.

Se revisaron los estudios anatomopatológicos, obteniéndose un 65 por 100 de ratificación del diagnóstico transoperatorio, y un 37.5 por 100 de rectificación del diagnóstico, los resultados se observan en el cuadro No. 5.

CUADRO No. 5

CASO No.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

- | | |
|---|--|
| 1 | Acretismo placentario. |
| 2 | Utero de Couvelaire. |
| 3 | Rotura uterina corporal de 2 cm.
restos placentarios. |
| 4 | Utero de Couvelaire. |
| 5 | Rotura uterina. |
| 6 | Se ignora. |
| 7 | Utero de Couvelaire. |
| 8 | Nicomatosis uterina. |

HISTERECTOMIA EN EL ESTADO GRAVIDO PUERPERAL

La histerectomía en el estado grávido puerperal, se llevo a cabo en 20 pacientes.

En relación con el número de pacientes gestantes-ingresadas al servicio de tocociugía, se encontro una frecuencia de 0.15 por 100, si tomamos en cuenta el número de pacientes subrogadas el porcentaje desciende a 0.13 por 100.

De estas pacientes se encontraron 7 con embarazo de menos de 20 semanas, que en relación al número de abortos, la frecuencia resultante es de 0.27 por 100, en relación al número de pacientes gestantes nos da una frecuencia de 0.053 por 100.

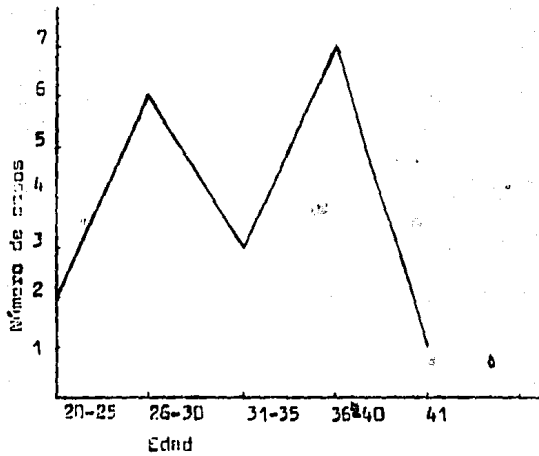
De éstas 7 pacientes se encontró una paciente con embarazo ectópico intramural, encontrandose una frecuencia de 0.007 por 100 en relación con el número de pacientes gestantes, y un 0.03 por 100 en relación al número de abortos.

Se encontraron 13 de las 20 pacientes con embarazos mayores de 20 semanas, lo que nos da una frecuencia de 0.10 por 100, tomando en cuenta el número de pacientes gestantes, en relación al número de partos y cesáreas se encontró una frecuencia de 0.12 por 100.

Edad de las pacientes.

Con relación al factor edad, se encontró un mínimo de edad de 21 años y una edad máxima de 43 años, con un promedio de edad de 31.8 años por paciente, en la gráfica No. 3 se observa esta relación.

GRAFICA No. 3



Relación de edad según el número de casos de histerectomía en el estado grávido puerperal.

Se encontraron 8 pacientes (40 por 100) entre los 20 a 30 años de edad, 4 pacientes (20 por 100) entre los 31 a 35 años de edad, 8 pacientes (40 por 100) de 36 a 40 años de edad, y una paciente (5 por 100) de más de 41 años de edad.

Antecedentes obstétricos.

De acuerdo con el número de gestaciones, se encontró un máximo de 9 y un mínimo de 2 gestaciones, con un promedio de 3.8 gestaciones por paciente, cuadro No 6.

CUADRO No. 6

CASOS	GESTACIONES
6	2
5	3
4	4
2	5
2	7
1	9
TOTAL 20	76

En relación al número de partos se encontró un mínimo de 0 y un máximo de 8, con una frecuencia de 2.1 partos por paciente. Cuadro No. 7

CUADRO No. 7

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
0	5	25.0
1	3	15.0
2	6	30.0
3	2	10.0
4	2	10.0
5	1	5.0
8	1	5.0

En el 30.0 por 100 de las pacientes se reportaron antecedentes de abortos, con un mínimo de 1 y un máximo de 2, se encontró el antecedente de cesárea en 5 por ciento (25 por 100), con un mínimo de 1 y un máximo de 2.

Diagnóstico de ingreso.

A continuación se expondrán los diagnósticos de ingreso y previos a la histerectomía. Cuadro No. 8.

CUADRO No. 8

CASO No.	DIAGNOSTICO DE INGRESO
1	Huevo muerto retenido de 20 semanas, perforación uterina, poslegrado uterino.
2	Aborto incompleto de 10 semanas, poslegrado uterino, deciduomiotritis.
3	Embarazo de 16 semanas, poslegrado uterino, deciduomiotritis.
4	Embarazo de 9 semanas, aborto provocado, choque hipovolémico.
5	Embarazo de 13 semanas, aborto en evolución, sangrado uterino poslegrado, hemorragia.
6	Embarazo de 9 semanas, poslegrado uterino, perforación uterina.
7	Embarazo ectópico izquierdo, abdomen agudo.
8	Puerperio quirúrgico mediato, absceso pélvico.
9	Puerperio mediato posparto, retención de restos, subinvolución uterina.
10	Puerperio quirúrgico mediato, deciduomiotritis, absceso de pared.

- 11 Puerperio quirúrgico mediato, deciduomio metritis, miomatosis uterina de grandes elementos.
- 12 Embarazo a término, trabajo de parto prolongado, puerperio inmediato, atonía uterina.
- 13 Puerperio mediato posparto, deciduomio metritis.
- 14 Puerperio quirúrgico mediato, prob. hematoma de histerorrafia.
- 15 Embarazo de 38 semanas, puerperio inmediato posparto, hemorragia, choque hipovolémico, miomatosis uterina.
- 16 Embarazo de 26 semanas, óbito fetal, APM atonía uterina posparto.
- 17 Puerperio mediato posparto, deciduomio metritis, subinvolución uterina.
- 18 Puerperio mediato posparto, deciduomio metritis, absceso de pared.
- 19 Embarazo de 37 semanas, preeclampsia severa, puerperio quirúrgico inmediato, atonía uterina, choque hipovolémico hemorrágico.
- 20 Embarazo de 35 semanas, placenta previa-marginal, puerperio inmediato posparto, atonía uterina, choque hipovolémico hemorrágico.

Como se apreciara, la mayor causa de histerectomía fueron los procesos infecciosos, 3 casos (40 por 100), así como, atonía uterina y hemorragia 6 casos -- (30 por 100), con menor incidencia se presentó, perforación uterina y hematoma de histerorrafia.

Relación de diagnósticos transoperatorios.

En 10 casos (45 por 100) se relacionó el mismo -- diagnóstico transoperatorio y se agregaron nuevos datos al diagnóstico preoperatorio durante el acto operatorio, Cuadro No. 9.

CUADRO No. 9.

CASO No.	DIAGNOSTICOS TRANSOPERATORIOS
2	El mismo y absceso pélvico, lesión de serosa de colon.
3	Hemorragia importante.
4	Perforación uterina.
6	El mismo y absceso pélvico.
7	El mismo y embarazo ectópico intraural.
8	El mismo y hematoma de histerorrafia.
9	El mismo y atonía uterina, hemorragia.
14	Dehiscencia de histerorrafia.
17	Atonía uterina
18.	El mismo y absceso pélvico.

Complicaciones transoperatorias.

En 8 casos (40 por 100) no se presentaron complicaciones. Siendo las complicaciones más frecuentes, - la hemorragia 6 casos (30 por 100), choque hipovolémico 5 casos (25 por 100) e hipotensión 2 casos (10 por 100)

De los accidentes transoperatorios, se presentó, un caso de lesión traumática de vejiga, así como otro caso con sección de uretero izquierdo, que constituyen un 10 por 100.

Tratamiento quirúrgico.

El procedimiento quirúrgico más frecuentemente -- realizado fue la histerectomía total 9 casos (45 por 100), histerectomía total con salpingooforectomía realizada en 6 casos (30 por 100), cinco de éstos tenían un proceso infeccioso pélvico, la histerectomía subtotal se realizó en 2 casos (10 por 100). Cuadro No.10.

CUADRO No. 10

CASOS	TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO
9	Histerectomía total.
6	Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral.
2	Histerectomía subtotal.
2	Histerectomía total con salpingooforectomía izquierda.
1	Histerectomía total con salpingooforectomía derecha.

Complicaciones posoperatorias.

El 50 por 100 de las pacientes no presentó complicaciones posoperatorias y el otro 50 por 100 presentaron alguna complicación, siendo las más frecuentes: Choque séptico, ileo, absceso de pared, de menor frecuencia pero de mayor gravedad se presentó en un caso: S. de pulmón de choque. Cuadro No. 11.

CUADRO No. 11

CASOS	COMPLICACIONES POSOPERATORIAS
10	Ninguna.
2	Absceso de pared.
2	Choque séptico.
2	Ileo.
1	Pulmón de choque.
1	Infección de vías urinarias.
1	Anemia.
1	Cuerpo extraño.
1	Hematoma de cúpula vaginal.

Mortalidad.

No hubo mortalidad inmediata, solamente se registró una muerte de los 20 casos de histerectomía en el estado grávido puerperal, que da una frecuencia de 5.0 por 100, caso (no. 19) el cual presentó síndrome de pulmón de choque, no habiéndose efectuado estudio pos mortem.

Transfusión sanguínea.

El promedio de sangre aplicada se registró con un mínimo de 400 ml y un máximo de 4 000 ml, con un promedio de 1 300 ml por paciente. La suma total de sangre utilizada en estas pacientes fue de 26 000 ml.

Estudio anatomopatológico.

De los resultados de estudio anatomopatológico -- revisados, se ratificó el diagnóstico en un 35 por 100 de los casos, además se agregaron datos sugestivos de inflamación. En un 35 por 100 de los casos el diagnóstico fue rectificado. En 6 casos (30 por 100), no se encontró resultado histopatológico. Cuadro No. 12.

CUADRO No. 12

CASO No.	RESULTADO DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO
1	Perforación de cuerpo uterino, restos de endometrio hipertrófico.
2	Se ignora.
3	Deciduomietritis aguda y crónica, formación de miocobescesos.
4	Perforación de cuerpo uterino.
5	Se ignora.
6	Acretismo placentario, deciduomietritis
7	Embarazo ectópico intramural.
8	Dehiscencia de herida quirúrgica.

- 9 Ausencia de endometrio, miometrio hemorrágico.
- 10 Deciduomietritis aguda.
- 11 Se ignora.
- 12 Miometrio con edema intenso, dilatación de vasos sanguíneos.
- 13 Deciduomietritis, piometra.
- 14 Deciduomietritis, dehiscencia de histerografía.
- 15 Miometritis uterina.
- 16 Se ignora.
- 17 Miometritis difusa.
- 18 Se ignora.
- 19 Se ignora.
- 20 Miometritis, vellosidades coriales residuales.

CONCLUSIONES

Es conocido por el médico gineco obstetra, que la cesárea e histerectomía es una intervención que se realiza de urgencia en la mayoría de los casos, con la paciente en malas condiciones.

El presente estudio nos demuestra, que la edad reproductiva de la mujer es de gran significado cuando se trata de analizar problemas de tipo obstétrico.

En la revisión realizada, la mayoría de los casos ocurrieron en pacientes entre los 21 y 35 años de edad (75.0 por 100) semejante a lo reportado por otros autores. Es de interés recalcar que en nuestro estudio se encontro que el 50 por 100 de los casos correspondió a pacientes que tenían tan sólo un hijo e ninguno antes de la intervención, en plena edad reproductiva y quedando estas pacientes sin posibilidades de nueva gestación ante la decisión de una cirugía de este tipo.

En cuanto a la paridad se encuentra un 37.5 por 100 de pacientes multiparas, frecuencia menor a la reportada por otros autores. (3,4)

El 50 por 100 de las pacientes tenían antecedentes de cicatriz uterina previa, antecedente que probablemente influyó en el padecimiento que dio origen a la patología final.

De los diagnósticos de ingreso y los que motivaron la extracción del útero, encontramos la afección uterina como mayor indicación, situación poco frecuente reportada por otros autores, 17 por 100 (20). Otra de las indicaciones principales de la cesárea con histerectomía fue la atonía uterina, secundaria a inserción anormal de la placenta y a estados hipertensivos en el embarazo.

Las indicaciones anteriores, justifican el procedimiento quirúrgico como una verdadera urgencia. Se encontró una frecuencia de cesárea histerectomía de 0.061 por 100 y en relación al número de cesáreas una frecuencia de 28.5 por 100, porcentaje menor a lo reportado por otros autores, (20) principalmente investigadores anglo sajones, que reportan una frecuencia hasta de un 31.1 por 100. lo que sugiere que se está realizando mucho más cesárea con histerectomía, debido a que el 80 por 100 de los casos son de tipo electivo, - con fines de esterilización, en cambio en nuestros casos el 100 por 100 correspondieren a emergencias obstétricas.

El tipo de histerectomía realizada fue principalmente la histerectomía total en 75.0 por 100 de los casos. Como sugieren la mayoría de los autores es preferible realizar la histerectomía total de primera intención y dejar la histerectomía subtotal sólo en aquellos casos en que las condiciones de la paciente o por problemas técnicos no le permitan.

Las complicaciones más frecuentemente encontradas en nuestros casos fue la hemorragia y el choque hipovolémico.

La mortalidad encontrada fue nula, a diferencia de otros autores, aunque hay que tomar en cuenta el número reducido de casos.

En el grupo de pacientes con histerectomía en el estado grávido puerperal, se encontró una incidencia de 0.15 por 100, de los cuales un 35 por 100 corresponden a embarazos de menos de 20 semanas, que en relación al número de abortos nos da una frecuencia de 0.25 por 100. El 65 por 100 de las pacientes tenían un embarazo de más de 20 semanas lo que nos da una frecuencia de histerectomía en relación al número de pacientes -- gestantes de 0.10 por 100.

La mayor incidencia ocurrió en pacientes de edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, (40 por 100). Así como se encontró una mayor frecuencia de -- pacientes con más de dos partos, (60 por 100).

La indicación de la histerectomía en el primer -- grupo fue por lesiones uterinas secundarias a manie -- bras quirúrgicas previas, la otra causa más frecuente fueron los procesos infecciosos.

En el segundo grupo, la causa más frecuente de in -- dicación para la histerectomía fueron los procesos in -- fecciosos en un 61.5 por 100 de los casos, es conve -- niente tomar en cuenta este aspecto, ya que nos permite efectuar una mejor valoración de nuestras pacientes con el fin de prevenir e limitar las infecciones y así evitar una cirugía más radical.

El tipo de histerectomía que con mayor frecuencia se realizó fue la histerectomía total, en un 75 por -- 100 de los casos.

La morbilidad encontrada se repartió como negativa en el 50 por 100 de los casos. Las complicaciones que con más frecuencia se encontraron fueron: choque séptico, absceso de pared, fleb, anemia, infección de vías urina -- rias y síndrome de insuficiencia respiratoria ideo -- pática del adulto.

De los accidentes transeperatorios, la lesión a -- las vías urinarias sigue siendo de mayor frecuencia --

encontrando un caso con lesión de urétero y otro caso con lesión a vejiga.

La mortalidad se encontro en un 5.0 por 100, sólo un caso, incidencia semejante a la de otros autores,-- aunque esta depende en gran parte al tipo de pacientes estudiados.

BIBLIOGRAFIA

1. Aaro LA. Incidencia de operación cesárea. *Clínica Mayo*. 365, 1975.
2. Amirikia H. Histerectomía, causas, indicaciones y riesgos, revisión de diez años. *Am. J. Obstet Gynecol.* 431, 1979.
3. Barclay DL. Cesárea histerectomía en el hospital - de Nueva Orleans, 1 000 operaciones consecutivas. *Clin. Obstet Gynecol.* 635, 1969.
4. Barclay DL. Cesárea histerectomía, experiencia de treinta años. *Obstet Gynecol.* 120, 1970.
5. Brenner P, Sanfer S, Bernard S. Evaluación de la cesárea histerectomía como procedimiento de esterilización. *Am. J. Obstet Gynecol.* 335, 1970.
6. Britton JJ. Esterilización por cesárea histerectomía. *Am. J. Obstet Gynecol.* 887, 1980.
7. Davis ME. Cesárea histerectomía total. *Am. J. Obstet Gynecol.* 838, 1951.
8. Easterday OL. Cesárea histerectomía en el hospital para la mujer de Boston. *Clin. Obstet Gynecol.* 652, 1969.
9. Durfee RB. Evolución de la cesárea histerectomía. *Clin. Obstet Gynecol.* 575, 1979.
10. Haynes DM, Martin BJ. Cesárea histerectomía, revisión de veinticinco años. *Am. J. Obstet Gynecol.* 393, 1979.

11. Herrera F. Complicaciones quirúrgicas en el embarazo.
Rev. de la Fac. de Medicina. 12, 1980.
12. Hill DJ, Seischer NA. Histerectomía en la práctica obstétrica.
Aust. N.Z.J. Obstet Gynecol. 151, 1980.
13. Langer FM, Hung CT. Comparación de esterilización por ligadura tubaria e histerectomía.
Surg. Gynecol Obstet. 235, 1975.
14. Laros RK, Werk BA. Esterilización femenina.
Obstet Gynecol. 215, 1975.
15. Mickal A, Begnaud WP, Hawes TP. Peligros y complicaciones de la cesárea histerectomía.
Clin. Obstet Gynecol 660, 1969.
16. Park RC, Patrick WD. Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna.
Clin. Obstet Gynecol. 611, 1980.
17. Prevedourakis GN. Cesárea histerectomía de urgencia.
Int. Surg. 33, 1974.
18. Fuente GH, Gonzalez RR. Cáncer cervicouterino "in situ" y embarazo.
Ginec. Obstet Mex. 467, 1977.
19. Fuente GH. Carcinoma micoinvasor y embarazo.
Ginec Obstet Mex. 61, 1977.
20. Ramirez VG. Cesárea histerectomía.
Ginec Obstet Mex. 273, 1980.
21. Ursúa LM. Cesárea histerectomía.
Ginec Obstet Mex. 261, 1980.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

59

22. Watson P. Hemorragia posparto.
Clin. Obstet Gynecol. 1013, 1980.
23. William EL. Hemorragia posparto.
Clin. Obstet Gynecol. 649, 1980.