

11217
49
20y

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital "Luis Castelazo Ayala"
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Curso de Especialización en: Ginecología y Obstetricia.

"CESAREA EXTRAPERITONEAL"

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DR. ANTONIO KURI CON

Asesor: Dr. Edmundo Valdés Méndez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



México, D. F.

1986



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.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION	1
HISTORIA	3
TECNICAS	8
ANATOMIA Y RELACIONES DEL SEGMENTO UTERINO, FASCIA TRANSVERSALIS Y PERITONEO.	10
INDICACIONES	12
CONDICIONES	14
CONTRAINDICACIONES	15
COMPLICACIONES	16
TECNICA DE LATZKO MODIFICADA	20
MATERIAL Y METODOS	24
RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	33

* * * * *

" CESAREA EXTRAPERITONEAL "

INTRODUCCION.

A principios del siglo XIX, la altísima mortalidad como consecuencia de la operación cesárea clásica introducida por los obstetras alemanes, llevó a considerar otros métodos de abordaje quirúrgico del útero con embarazo a término. La muerte casi siempre era inevitable y se debía a dos circunstancias:

El shock: producido por sangrado de los bordes quirúrgicos de la histerotomía, los cuales no eran suturados.

La sepsis: Producida por contaminación de la cavidad peritoneal por gérmenes provenientes de la cavidad uterina y del exterior.

La falta de recursos técnicos quirúrgicos y anestésicos, así como también la ausencia de antibióticos relegaban la operación cesárea para casos en los cuales la extracción del producto con fórceps o su mutilación habían fracasado.

El 10. de Octubre de 1821 Von Ritgen con el objeto de salvaguardar la vida materna, efectuó la primera operación cesárea extraperitoneal en paciente viva. -

Aunque la paciente murió el tercer día postoperatorio por shock hemorrágico, el primer gran paso para aislar la cavidad abdominal de la uterina durante la cirugía estaba dado; a partir de entonces fueron múltiples los cirujanos que modificaron y perfeccionaron la técnica original, disminuyendo de este modo la mortalidad materna por infección.

Con la aparición de la época antibiótica moderna, (a raíz del descubrimiento de Fleming en 1929), la técnica fue cayendo en desuso por la gran sensibilidad de los microorganismos a los tratamientos, haciendo que fuera prácticamente abandonada por la mayoría de los cirujanos de la época.

Actualmente la ruptura prematura de membranas (RPM), asociada con frecuencia a corioamniotitis, a pesar de los modernos esquemas terapéuticos, sigue ensombreciendo la morbi-mortalidad materno-fetal, debido quizás, en parte, al uso indiscriminado de los antibióticos y a la aparición de cepas resistentes.

La operación cesárea extraperitoneal es un procedimiento muy antiguo que debe ser conocido y estar habituado con él todo gineco-obstetra moderno, pues se convierte en "una nueva necesidad, de las viejas habilidades" (Imig, 1976).

HISTORIA.

La historia de la operación cesárea extraperitoneal es bastante interesante e implica el desarrollo y evolución de la operación cesárea transperitoneal.

Friederich B. Ossiander (1759-1822) Profesor de medicina y obstetricia de la Universidad de Goettingen fue el primero en tratar de encontrar otra vía de acceso uterino que no fuera la corporal para evitar la muerte -- por hemorragia o sepsis, así el 20 de Marzo de 1805 efectuó la primera cesárea segamentaria documentada; su técnica fue la siguiente:

Introduciendo una mano por la vagina, tomaba la cabeza fetal rechazándola hacia arriba, de manera que hiciera prominencia sobre la pared abdominal y posteriormente efectuaba el corte con bisturí sobre la piel y pared abdominal, el útero era así incidido sobre el segmento en forma longitudinal; en estos tiempos la vejiga no era drenada y se lesionaba con invariable frecuencia; la paciente de Ossiander murió al segundo día postoperatorio (13).

Una gran contribución al desarrollo de la -- técnica de operación cesárea fue la de Jean Lebas of Moulherion, quien en 1789 fue el primero en suturar los bordes de la histerotomía en una incisión clásica; uso tres_

planos de sutura de seda, pero su procedimiento no fue -- aceptado por la profesión médica, pues prolongaba la mani-- pulación intra-abdominal. No fue, sino hasta 70 años des-- pués que este procedimiento fue reintroducido por Weigel, Godefroy y Malgaigne (13).

Las incisiones abdominales para la operación cesárea clásica eran: paramedial (Guy de Chauliac), media_ (Pietro D'Angelata), transversa alta (Lauverjat), diagó-- nal a través de la línea alta (Stein), oblicua paralela - al piramidal (Ossiander) y longitudinal supraumbilical -- (Ungarelli) (13).

Las incisiones de histerotomía también tie-- nen una evolución interesante:

- En 1805, Ossiander efectúa la primera his-- terotomía segmentaria longitudinal incluyendo la pared -- abdominal.

- F. A. Kehrer, en 1881, efectúa la primera_ histerotomía transversa en el segmento.

- Heidelberg, en 1881, incide el segmento -- uterino en la parte posterior y drena la cavidad uterina_ vía fondo de saco posterior. Esta misma incisión poste-- rior sin drenaje fue adoptada por Johannovsky en 1878.

- La histerotomía transversa fue reintroducida por Frank en 1906 y Sellheim en 1908.

- En 1920 Beck describe la histerotomía segmentaria longitudinal media.

- Munro Kerr, en 1921, le efectúa a la histerotomía segmentaria transversa, curvaturas hacia abajo en los extremos, y al conocer mejor la anatomía de la musculatura uterina las curvaturas las cambia hacia arriba, esto con el fin de disminuir la lesión de los vasos uterinos por la posible prolongación de la histerotomía. Esta técnica fue republicada en 1926 por Kerr y Hendry y es la que predomina hasta la época actual.

- Bailey, en 1934, prefiere la incisión elíptica exagerada para evitar los vasos uterinos en el segmento.

Según Gall (1922), la primera histerotomía segmentaria transversal con incisión de Pfannenstiel fue hecha por un médico árabe desconocido en 1307.

- Arnoldi, en 1922, revisó dicho documento -- fechado en 1307 el cual contiene ilustraciones de la técnica y un excelente sumario de varios tipos de incisiones en la pared abdominal y en el útero.

El primer gran paso dentro de la cirugía ex-

traperitoneal lo efectúa John Hunter, quien en 1796 efectúa una ligadura de arteria iliaca externa por un aneurisma. El efectuó esta operación con éxito cuatro veces. -- Sir A. Paston Cooper (1768-1841), cirujano vascular de -- igual fama que Hunter, también practicaba este procedimiento con igual éxito que Hunter.

Impresionado en estos dos cirujanos de cómo abordebaban estas profundas estructuras "abdominales" extraperitonealmente, Von Ritgen pensó en evacuar el útero grávido con este mismo abordaje, así en 1820 él practicó la técnica en el cadáver y en 1821 efectúa la primera cesárea extraperitoneal en paciente viva y aunque su paciente murió, despertó el interés en muchos cirujanos con dicha técnica.

En 1823, Louis Baudelocque, publica su tesis reacional con el mismo tema y él llama a esta intervención "Gastroelytrotomía"; aunque la efectuó numerosas veces en el cadáver, nunca llegó a hacerlo en paciente viva.

A principios del siglo XX (cien años después de Caslander), el problema de las parturientas infectadas o potencialmente infectadas fue prácticamente resuelto -- gracias a la efusión y esfuerzos de ingeniosos cirujanos obstetras, entre ellos tenemos a Frank, Sellheim, Letzko, Döderlein, Küstner, Freund y otros.

En 1906, Frank presenta la primera cesárea - extraperitoneal por arteificio a la cual le efectuó algunas modificaciones de su propuesta original de 1884; prácticamente consistía en que después de incidir el peritoneo parietal y visceral en forma transversal se unían las dos hojas superiores entre sí y las dos inferiores también entre sí, quedando el segmento uterino y la histerotomía extraperitonealmente (13).

En 1906, Sellheim, influenciado en los trabajos de Frank publica cuatro técnicas que llevan su nombre, de las cuales las tres últimas están basadas en la técnica original de Frank. La técnica Sellheim IV varía un poco y después de incidir la pared y el peritoneo en forma longitudinal se suturan los bordes peritoneales, a los bordes de la herida y posteriormente se incide el peritoneo visceral en forma transversal y se suturan sus bordes sobre el peritoneo parietal (13).

El abordaje extraperitoneal puro fue perfeccionado posteriormente con diferentes técnicas.

Latzko, en 1908, efectúa el abordaje paravascular unilateral izquierdo e histerotomía longitudinal paramedial (3,13).

Norton, en 1946, efectúa algunas modificaciones

nes a la técnica original de Letzko, como la disección total del segmento uterino con abordaje paravesical, la histerotomía también longitudinal, pero media (8).

Waters, en 1940, describe el abordaje supra-vesical diseccionando la vejiga del peritoneo; ésta técnica - prácticamente está abandonada por lo laboriosa, y ya que su objetivo se logra pocas veces, ya que con frecuencia se lesiona el peritoneo y la vejiga (3,11,15).

En 1948, Bourgeois y Phaneuf, reportan el --abordaje supra-paravesical bilateral. La técnica más moderna con abordaje paravesical fue reportada por Ellis en 1951.

T E C N I C A S .

Las técnicas se dividen en dos grupos:

- a. Puras
- b. Por artificio

A. Puras: Son aquellas en las cuales no existe comunicación entre la cavidad peritoneal y la cavidad uterina.

B. Por artificio: Son aquellas en las cuales se crea de diversas maneras la cavidad uterina de la peritoneal.

Extraperitoneales puros:

I. Gastroselytrotomía (Ritgen-Baudelocque):

- Gaillard Thomas
- Davis

II. Vagino-abdominales:

- Dührssen-Solms

III. Paravesicales:

- Latzko
- Döderlein
- Freund
- Küstner
- Norton
- Botella

IV. Retrovesicales:

- Sellheim I
- Waters
- Ricci

(Tomado de Ricci, 1942)

Extraperitoneales por artificio:

- Frank
- Michon
- Puga

- León
- Sellheim II, III, IV

(Mod. de Pérez de Salazar 1971)

**ANATOMIA Y RELACIONES DEL SEGMENTO UTERINO, FASCIA
TRANSVERSALIS Y PERITONEO.**-----

La técnica de la cesárea extraperitoneal hace necesario el conocimiento de la anatomía del istmo uterino, el cual durante el embarazo recibe el nombre de segmento uterino inferior.

L. Calza, en 1787, fue el primero en dividir el útero en: cérvix, istmo y cuerpo (13). El istmo es la parte comprendida entre el cérvix y el cuerpo uterino y según los diferentes autores tiene las siguientes características:

Aschoff designa el límite superior a nivel del orificio interno anatómico y el límite inferior al orificio interno histológico (orificio de Aschoff, límite de unión entre endometrio y endocérnix).

D. Bernabei (1938), describe los límites aproximados del istmo: superiormente el punto de fusión de la hoja anterior del peritoneo al útero, el punto de angulación de la anteflexión uterina, el punto de ingreso al --

Útero de la primera gran rama de la arteria uterina.

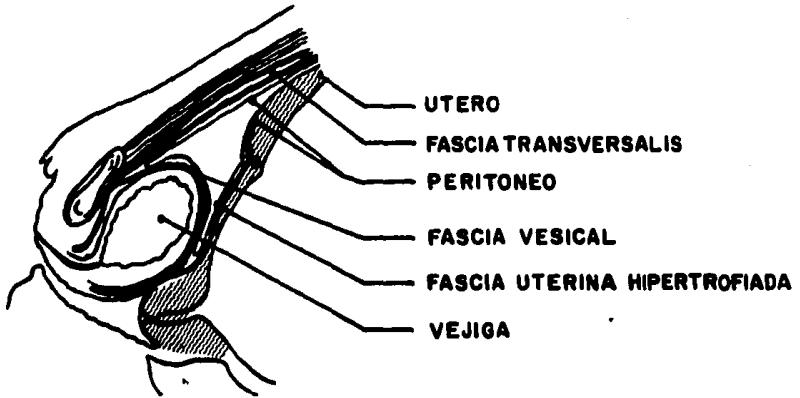
Inferiormente: el fin del canal endocervical.

Actualmente reconocemos estos mismos parámetros y solo se puede añadir que: su longitud aproximada es de 1 cm., la recubierta peritoneal es fácilmente separable y se encuentra recubierto por fascia, durante el embarazo el istmo recibe el nombre de segmento uterino inferior y conserva las mismas características, excepto el tamaño, el cual varía de 7 - 10 cm., en el embarazo de término (C. Mc Intosh, Marshall, 1939).

Otra estructura de gran importancia es la -- fascia transversalis, ésta varía en consistencia de acuerdo a las demandas fisiológicas de la región y recibe diferentes nombres según su localización, reconocemos entre ellos: diafragmática, lumbar, psoas, ilíaca, pélvica y endopélvica. Dentro de la pelvis, Halban sugirió (1919) -- que el nombre debería ser dado según el órgano recubierto y así tenemos: fascia vesical anterior, fascia vesical -- posterior, fascia vesicovaginal y fascia uterina.

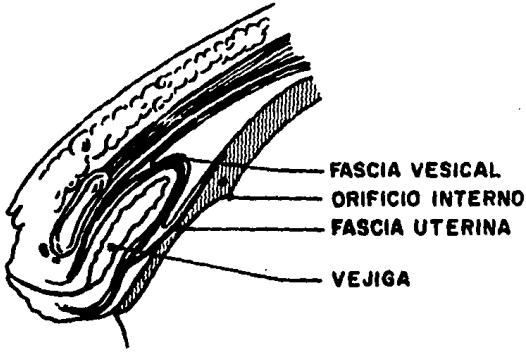
Las relaciones entre la fascia, peritoneo y segmento uterino son íntimas y de vital importancia durante la disección extraperitoneal del segmento uterino, sus relaciones y variantes más comunes se muestran en las fi-

Figura 1.



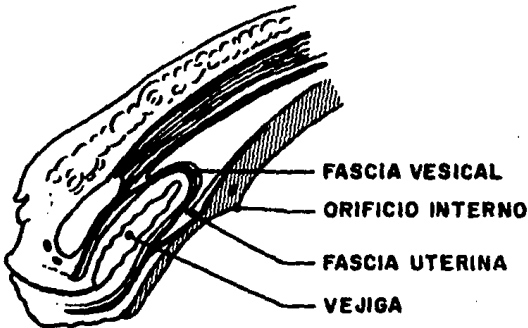
RELACIONES ENTRE FASCIA TRANSVERSALIS, FASCIA VESICAL, FASCIA UTERINA, PERITONEO, VEJIGA DISTENDIDA Y SEGMENTO UTERINO A TERMINO CON EL CERVIX NO.DILATADO.

Figura 2



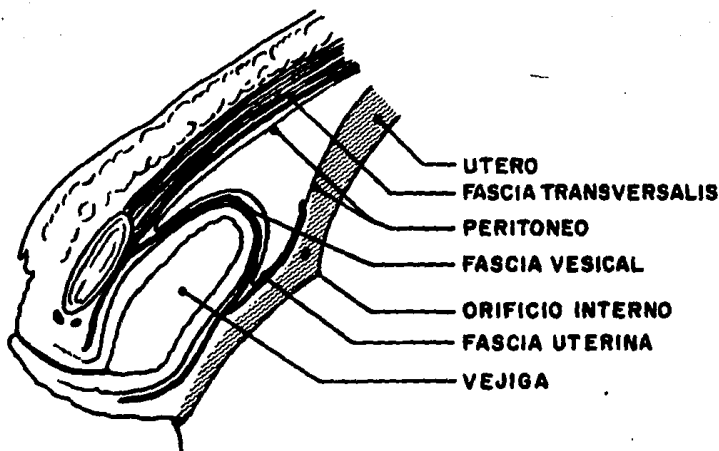
RELACIONES COMUNES ENTRE FASCIA TRANSVERSALIS, FASCIA VESICAL, FASCIA UTERINA, PERITONEO, VEJIGA Y SEGMENTO UTERINO CON EL CERVIX DILATADO. EL PLIEGUE PERITONEAL POSTERIOR ES MAS BAJO QUE EL ANTERIOR.

Figura 3.



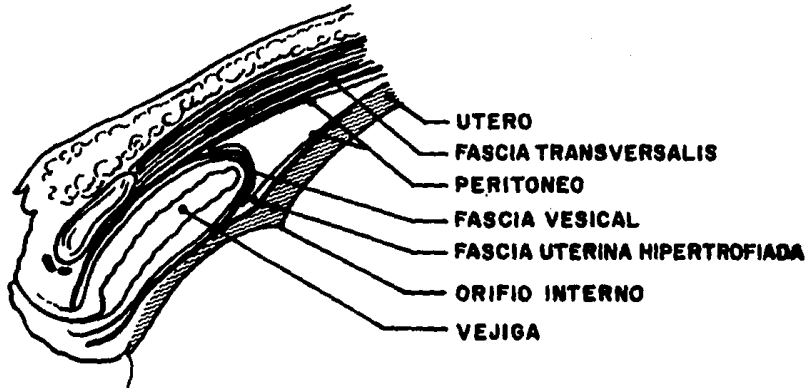
RAROS TIPOS DE RELACION ENTRE FASCIA TRANSVERSALIS, FASCIA VESICAL, FASCIA UTERINA, PERITONEO, VEJIGA Y SEGMENTO UTERINO CON EL CERVIX DILATADO. EL PLIEGUE PERITONEAL ANTERIOR Y POSTERIOR SE ENCUENTRAN EN EL MISMO NIVEL.

Figura 4.



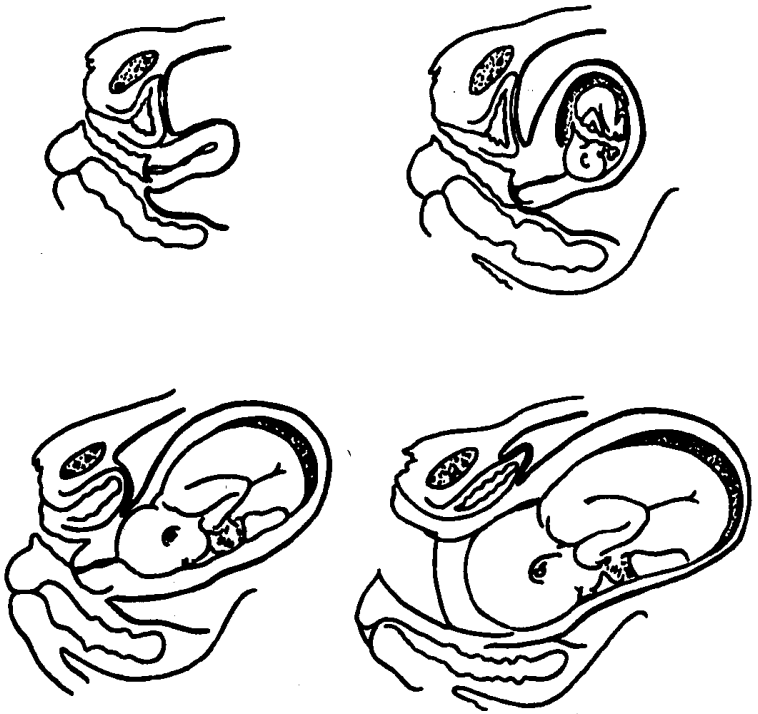
EXEPCIONALES RELACIONES ENTRE LAS MISMAS ESTRUCTURAS. EL PLIEGUE PERITONEAL ANTERIOR SE MUESTRA EN UN PLANO MAS INFERIOR QUE EL POSTERIOR.

Figura 5.



RELACIONES ENTRE LAS MISMAS ESTRUCTURAS POSTERIOR A TRABAJO DE PARTO PROLONGADO. NOTESE LA ALTA POSICION DE LOS PLIEGUES PERITONEALES ANTERIOR Y POSTERIOR.

Figura 6



**RELACIONES ENTRE EL PERITONEO, VEJIGA Y UTERO
EN a) ESTADO NO GRAVIDO, b) I TRIMESTRE DEL
EMBARAZO, c) III TRIMESTRE Y d) EMBARAZO DE TERMINO.**

guras 1 a 5. Las relaciones peritoneales con el útero y vejiga durante los tres trimestres del embarazo y fuera de él se observan en la figura 6. Es fácilmente reconocible como a mayor edad gestacional el repliegue peritoneal es más alto y se forma el repliegue vésico uterino anterior, generalmente en plano más anterior que el posterior; salvo en extrañas circunstancias (Fig. 4 y 5), la distensión de la vejiga eleva el repliegue peritoneal así como el trabajo de parto prolongado (Fig. 1,5) facilitando su identificación y disección además que durante la técnica se facilita la mejor visualización de la vejiga (13,15).

El conocimiento de estas estructuras anatómicas, así como de sus íntimas relaciones, su reconocimiento durante el acto quirúrgico y de las posibles variantes anatómicas facilitan la técnica y reducen notablemente -- los accidentes y complicaciones transoperatorias.

INDICACIONES.

Una de las razones del "potencial" abandono de la técnica extraperitoneal se debió a que con la aparición de los antibióticos, la morbilidad materna postoperatoria desaparecería o se haría controlable.

Hoy en día, a muchos años de distancia de la aparición antibiótica y a pesar de la constante superación

de la técnica farmacéutica, la mortalidad materna por infección ocupa uno de los tres primeros sitios en la abundante bibliografía mundial.

Las indicaciones actuales se pueden resumir_ practicamente en cuatro puntos (2,10,11,12,13,9,5,4):

- Infección uterina presente (coriocamniotitis)
- Cavidad uterina potencialmente infectada
- T. de parto prolongado con múltiples explo_raciones.
- Electiva.

Es obvio que el objetivo a perseguir es que_ el material contaminado proveniente de la cavidad uterina no se disemine dentro del peritoneo aún cuando no exista_ infección amniótica presente. En pacientes con ruptura - prematura de membranas (RPM) mayor de 6 hs., el 90% muestran cultivos positivos para gérmenes patógenos (11). -- Stevenson reporta mortalidad materna por infección post-- cesárea (14).

Por último se puede practicar en forma elec_tiva respetando las condiciones y contraindicaciones rela_tivas de la técnica con el fin de disminuir la morbilidad postoperatoria causada por irritación peritoneal o con el fin de evitar adherencias peritoneales residuales frecuen

mente observadas con la técnica transperitoneal (6).

CONDICIONES.

Existen ciertos criterios que deben ser tomados en cuenta al efectuar la técnica:

Estos en su mayoría están dados por la reducción del campo quirúrgico, y según autores (9,12) la técnica consume mayor tiempo para la extracción del producto. Este hecho ha sido refutado en las últimas publicaciones (2,5,6).

Las condiciones se pueden resumir en lo siguiente:

- Peso fetal estimado no mayor de 4 kg. en presentación cefálica.
- Peso fetal estimado no mayor de 3.5 kg. en presentación pélvica.
- Ausencia de sufrimiento fetal agudo.
- Experiencia y habilidad del cirujano.

Es aconsejable el uso del fórceps de Mirsh - en algunos casos para la extracción fetal (10,11,13). El feto con mayor peso reportado nacido mediante cesárea extraperitoneal es de 5,810 gr. (13). En nuestra experiencia no se usó fórceps en ningún caso.

CONTRAINDICACIONES.

Aunque no existen contraindicaciones absolutas para el desempeño de la técnica, debe concederse atención a los siguientes puntos (10,11):

- Placenta previa
- Cesárea corporal previa
- Macrosomía fetal
- Situación fetal viciosa con peso fetal estimado mayor a 3.5 kg.
- Necesidad de cirugía abdominal o aneural concomitante.
- Desconocimiento de la técnica.

En casos de necesidad de cirugía aneural concomitante en presencia de infección ésta podrá relegarse a un segundo tiempo operatorio.

El principal contratiempo y quizás el reto mayor al que puede enfrentarse un cirujano durante esta técnica es el embarazo pequeño y quizá en edades gestacionales entre 28-30 semanas o menores, la dificultad para el desempeño de la técnica puede ser prohibitiva.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones transoperatorias debidas a la técnica son:

- Ruptura peritoneal
- Extracción difícil del producto
- Lesiones vesicales
- Lesiones vasculares

La mayoría de estas complicaciones son debidas a la proximidad de la vejiga con el segmento uterino y las maniobras quirúrgicas observadas durante su disección

La ruptura peritoneal se observa con frecuencia del 4-20% (2,5,6,7,10,11) y puede ocurrir durante la disección o durante la extracción del producto. Cuando ocurre antes de efectuar la histerotomía generalmente son pequeñas y son reparadas antes de efectuar ésta.

La morbilidad postoperatoria no es afectada cuando se observan estas pequeñas lesiones, pues el material contaminado capaz de pasar a la cavidad abdominal generalmente es pequeño o nulo (10).

La extracción difícil del producto es un hecho corriente observado durante la cesárea transperitoneal,

pero desgraciadamente no es consignada en los reportes estadísticos durante la técnica extraperitoneal. Se debe generalmente al campo reducido o a cabezas libres cuando las pacientes no se encuentran en trabajo de parto y puede ser resuelto mediante el empleo de fórceps para la extracción de la cabeza fetal (10,11,13).

Las lesiones vasculares se reducen notablemente al emplear técnicas con abordaje paravesical y a la cuidadosa del procedimiento y habilidad del cirujano. Las lesiones vasculares reportadas del orden de lesión de los vasos ilíacos externos son producidas al efectuar la contra-abertura para el drenaje de Pen-Rose y son evitables en todos los casos, al palpar el sitio de localización de éstos al efectuar la contra-abertura; otro mecanismo de lesión es al efectuar la disección hacia la pared pélvica en el desconocimiento del procedimiento.

La ausencia de otras complicaciones como las observadas durante la cesárea transperitoneal, son: prolongación de coimeuras y sangrado profuso de los bordes de la histerotomía, ésto es de causa desconocida, aunque se argumentan factores como son: mayor cantidad de tejido conectivo reticular y menor irrigación de esta parte baja del segmento uterino (11).

Durante la revisión de 400 casos de cesárea_ transperitoneal en nuestro hospital se encontraron las si- guientes complicaciones (1):

Complicaciones transoperatorias en el 18.5%_ de los casos repartidas en:

- Hemorragia: 38 casos
- Prolongación de comisuras: 13 casos
- Atonía uterina: 7 casos
- Lesión vesical: 5 casos

Las complicaciones postoperatorias ocuparon_ el 20.5%:

- Anemia: 22 casos
- Endometritis: 20 casos
- Dehiscencia de herida quirúrgica: 15 casos
- Síndrome febril: 8 casos
- Hematuria: 3 casos

Las complicaciones postoperatorias de la ce- sárea extraperitoneal están notablemente disminuidas en - diferentes estudios comparativos (2,3,6,10).

CEBAREA EXTRAPERITONEAL EN RUPTURA PREMATURA

DE MEMBRANAS

TECNICA DE LATZKO MODIFICADA.

HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA", I.M.S.S.

La técnica fue la de Latzko modificada, con vejiga vacía y la que a continuación describiremos con brevedad.

- Incisión en piel tipo media infraumbilical o de Pfannenstiel, la segunda tiene la ventaja de una mayor exposición del campo operatorio y de la disección del espacio paravesical.

- Después de seccionar la sponneurosis dependiendo de la incisión en piel, se separan los músculos rectos en su parte media.

- Se colocan segundos campos y se localiza el borde vesical izquierdo.

- Se efectúa la disección roma separando la vejiga del segmento uterino, ésta disección se deberá efectuar siempre "contra" el segmento uterino para no penetrar hacia la pared pélvica y evitar lesiones vasculares o del uréter izquierdo.

- Se localiza el reborde peritoneal y en ese punto se localiza la grasa paravesical descrita por Norton como "Yellow Chicken Fat" (8).

- Una vez localizado el reborde peritoneal tenemos las siguientes relaciones: el peritoneo y el re--



1- M. RECTO ANTERIOR 2- VEJIGA



1-VEJIGA 2- BORDE VESICAL IZQUIERDO

borde hacia arriba, hacia la derecha la vejiga parcialmente separada, abajo la fascia de Halban recubriendo el segmento uterino, a la izquierda la pared pélvica (Foto).

- El siguiente paso es la incisión de la fascia y la completa disección de la vejiga hacia la derecha; esto se puede efectuar de dos maneras:

a) Incidir, la fascia a manera de ojal con pinza de Kelly o tijera y separar completamente la vejiga del segmento uterino bajo la fascia (ese paso evita lesionar la vejiga).

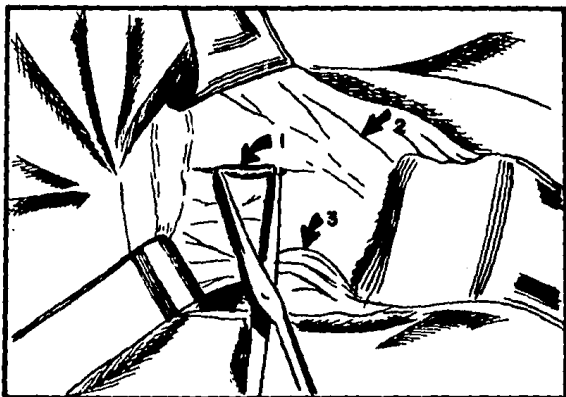
b) O bien, cuando la vejiga es separada antes de incidir la fascia, ésta se localiza fácilmente y se separa del segmento uterino para seccionarla posteriormente (Foto).

- La vejiga se mantiene separada hacia la derecha con separadores de Richardson o valvas de Doyen.

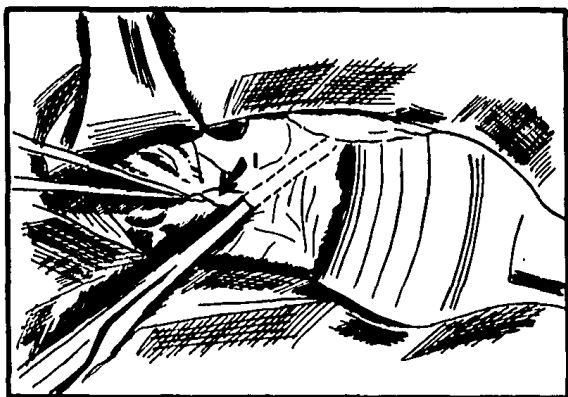
- Una vez efectuada la completa liberación de la vejiga y la incisión de la fascia tenemos a la vista la totalidad del segmento uterino extraperitonealmente, es posible rechazar suavemente el repliegue peritoneal hacia arriba con una torunda de gasa con el objeto de efectuar la histerotomía en lugar amplio del segmento (Foto).



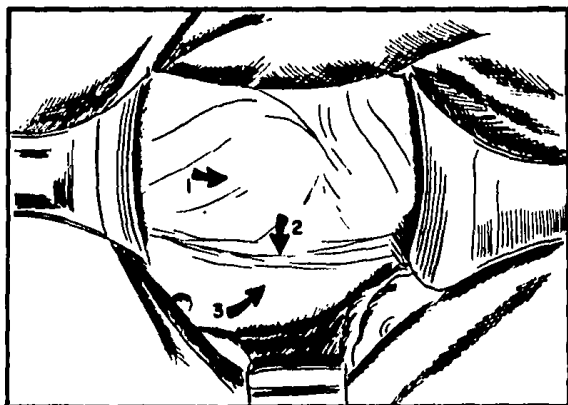
1- REPLIEGUE PERITONEAL 2- SEGMENTO UTERINO
3- VEJIGA



(-FASCIA UTERINA 2-VEJIGA 3-REPLIEGUE PERITONEAL



1- APERTURA DE LA FASCIA UTERINA



1-SEGMENTO UTERINO 2-REPLIEGUE PERITONEAL
3-PERITONEO

- Una vez efectuada la histerotomía se procede a la extracción del producto en la forma habitual, (es recomendable no extraer el separador que mantiene la vejiga separada con el objeto de que ésta no interfiera con la extracción).

- Posteriormente se procede a la extracción de la placenta y revisión de la cavidad uterina.

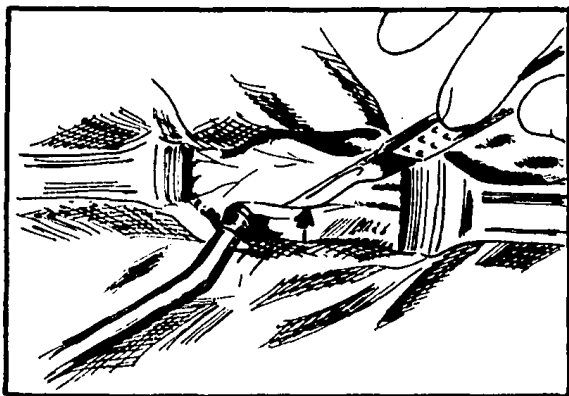
La histerorrafia se efectúa en la forma acostumbrada con sutura en dos planos con material absorbible (Foto).

- Una vez corroborada la hemostasia y la limpieza del campo operatorio se procede a efectuar la contrabertura para la colocación del drenaje, el cual queda situado entre el segmento uterino y la vejiga (Foto).

En casos de infección severa se puede colocar otro Penrose en el espacio preperitoneal debajo de los músculos rectos y se exterioriza por la misma contrabertura.

- Se deberá recordar siempre la palpación de los vasos ilíacos al momento de efectuar la contrabertura.

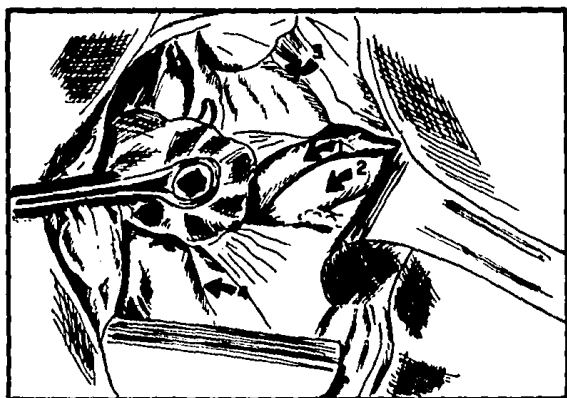
- Posteriormente se coloca la vejiga en su sitio original y se separa la pared en la forma acostumbrada.



1 - HISTEROTOMIA



1-VEJIGA 2-SEGMENTO UTERINO



1-ARTERIA ILIACA EXTERNA 2- VENA ILIACA EXTERNA
3-DREN DE PEN ROSE 4- VEJIGA



1-VEJIGA 2- DREN DE PEN ROSE 3-M.RECTO ANT.

brade.

Nosotros efectuamos sondeo vesical momentos_ antes de iniciar la cirugía y la sonda se retira en el -- postoperatorio inmediato.

El Penrose generalmente se mantiene por espa_ cio de 48 - 72 hs.

En casos de cirugía electiva se puede prescindir del drenaje, (10,11), pero por mayor seguridad es recomendable el drenaje en todos los casos.

MATERIAL Y METODOS.

Este estudio fue realizado en el Hospital -- "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S., en la Ciudad de México, D.F., durante los meses de Julio a Octubre de 1985.

Consta de dos grupos:

- El grupo I incluye pacientes a las cuales se les practicó operación cesárea extraperitoneal por la técnica de Latzko modificada, la cual se ilustra con detalle en el apartado correspondiente.

- El grupo II incluyó pacientes control operadas por la técnica transperitoneal con los mismo criterios de inclusión que para las del grupo I.

La cirugía fue hecha por médico residente de tercer año de Gineco-Obstetricia. Los criterios de inclusión para el estudio son resumidos en el Cuadro - A.

Se analizaron antecedentes maternos, técnica quirúrgica, complicaciones trans y post operatorias y datos del producto, así como el uso de antibióticos y la estancia hospitalaria, la recolección fue realizada mediante una hoja recolectora de datos y que consta de los siguientes puntos:

Nombre y cédula, edad, antecedentes obstétrici

LOS CRITERIOS DE INCLUSION DE NUESTRAS PACIENTES

FUERON LOS SIGUIENTES:

- CORIOAMNIOITIS Y CERVIX NO FAVORABLE PARA INDUCTOCONDUCCION
- RPM. MAYOR DE 24 Hs. Y CERVIX NO FAVORABLE PARA INDUCTOCONDUCCION
- RPM. CON OTRA INDICACION OBSTETRICA DE CESAREA
- RPM. CON TRABAJO DE PARTO PROLONGADO CON MULTIPLES EXPLORACIONES

CUADRO - A

cos, presencia de trabajo de parto y duración, horas de latencia de ruptura de membranas, número de exploraciones vaginales y presencia o no de corioamniocitis (Cuadro - 8).

Dentro de la técnica quirúrgica se analizó el tipo de incisión en piel, la histerotomía, tiempo operatorio, uso o no de drenajes y complicaciones transoperatorias.

Dentro de los datos postoperatorios: presencia o no de complicaciones, síndrome febril por endometritis, uso de antibióticos, así como estancia hospitalaria.

Dentro de los datos fetales: peso y edad al nacimiento, así como estado de salud al momento del ingreso.

El grupo I comprendió un total de 17 pacientes y el grupo II de 24.

RESULTADOS.

El Cuadro 1 muestra las agrupaciones por edades de las pacientes. En el grupo I se observó la máxima frecuencia entre los 15 y 25 años y en el grupo II (de igual forma entre 15 y 31) y entre 26 y 31 años.

El Cuadro 2 muestra los antecedentes obstétricos de las pacientes y a las primigestas les corresponden

LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CORIDAMNIOITIS FUERON LOS
PROPUESTOS POR GIBBS Y ACEPTADOS INTERNACIONALMENTE (4).

(Generalmente la asociación de dos o más de los siguientes:)

- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
 - PULSO MATERNO MAYOR DE 100 POR MIN.
 - FRECUENCIA FETAL MAYOR DE 160 POR MIN.
 - TEMPERATURA MATERNA DE 38°C, O MAYOR
 - FROTIS DE LIQUIDO AMNIOTICO O CULTIVOS POSITIVOS TOMADOS POR AMNIOCENTESIS.
 - LIQUIDO AMNIOTICO MALOLIENTE O PURULENTO
-

CUADRO - B

ANTECEDENTES MATERNOS

E D A D	No. DE CASOS (+)	
	GRUPO I	GRUPO II
18 - 25	12	10
26 - 31	2	10
32 - 37	3	4

(+) GRUPO I = CESAREA EXTRAPERITONEAL

GRUPO II = Grupo Control

CUADRO 1

ANTECEDENTES MATERNOS

G E S T A	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
I	13	8
II	2	7
III	1	3
IV	1	5
VI	0	1

CUADRO 2

dió el mayor número de casos con 13 y 6 respectivamente.

El Cuadro 3 muestra las semanas de embarazo - en las cuales se practicó la cesárea y en ambos grupos predominó en edades gestacionales de término por una mayor -- frecuencia de la RPM en estas edades gestacionales.

El Cuadro 4 muestra los antecedentes quirúrgi- cos en cuanto a cesárea previa se refiere, observando que_ en tres casos del Grupo I, había éste antecedente no con-- traindicando su técnica ni haciéndola más laboriosa.

El Cuadro 5 muestra los antecedentes en cuan- to a trabajo de parto se refiere y sus horas de evolución. En los dos grupos se observó predominancia en pacientes -- las cuales no desarrollaron trabajo de parto, o aquellas - que presentaban datos de infección antes de desarrollar é_ ste y no contaban con condiciones cervicales adecuadas para inductoconducción.

Una paciente de cada grupo permaneció en tra- bajo de parto por tiempo de 24 hs.

Y esta misma paciente del grupo I tenía el -- antecedente de una aplicación fallida de fórceps.

El Cuadro 6 muestra las horas de latencia de_ RPM en ambos grupos; predominaron las pacientes con RPM me

ANTECEDENTES MATERNOS

SEMANAS DE EMBARAZO	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
30 - 32	0	3
33 - 35	1	2
36 - 37	2	4
38 - 40	12	9
41 - 42	2	6

CUADRO 3

CEBAREA PREVIA

No. DE CEBAREAS	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
SIN CEBAREA PREVIA	14	17
U N A	3	6
DOS O MAS	0	1

CUADRO 4

DATOS PREOPERATORIOS I

TRABAJO DE PARTO (HORAS)	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
SIN TRABAJO DE PARTO	12	18
MENOR DE 8 Hs.	3	4
8 - 12	1	1
12 - 24	1	1

CUADRO 5

RUPTURA DE MEMBRANAS

HORAS DE R.P.M.	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
12 - 24	0	11
24 - 40	0	0
40 - 72	1	2
> - 72	0	3
T O T A L	17	24
AMNIOITIS	6	6

CUADRO 6

nor de 48 hs.; las tres pacientes del grupo II con RPM mayor de 72 hs., fueron manejadas mediante conducta conservadora para asegurar madurez pulmonar fetal, pues se encontraban en edades gestacionales menores de 32 semanas.

El Cuadro 7 muestra el número de exploraciones vaginales registradas antes de la cirugía; en los dos grupos correspondieron la mayoría de las pacientes a menos de cinco exploraciones vaginales y a pesar de conocer la morbilidad de dichas exploraciones durante RPM observamos cuatro pacientes con más de diez exámenes.

Dentro de los datos operatorios (Cuadro 8) la incisión en piel en forma longitudinal tipo media infraumbilical predominó en ambos grupos. La histerotomía se realizó segmentaria en 16 casos del grupo I y la histerotomía longitudinal se realizó por observar rotación uterina escueteada en un caso.

En el grupo II, 21 histerotomías fueron transversas tipo Kerr y tres clásicas en embarazos de 30-32 semanas.

En todas las pacientes del grupo I fue colocado dren de Penrose, entre la vejiga y el segmento uterino por espacio de 24-48 hs.

EXPLORACIONES VAGINALES

No. DE TACTOS	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
MENOS DE 5	13	16
5 - 10	3	3
✓ - 10	1	3

CUADRO 7

DATOS OPERATORIOS

	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
INCISION MEDIA	14	23
INCISION TRANSVERSA	3	1
HISTEROTOMIA SEGMENTARIA TRANSVERSA	16	21
H. S. LONGITUDINAL	1	0
H. CLASICA	-	3
PENROSE (24- 48 Hm)	17	4
TIEMPO OPERATORIO (MIN.)	25 - 60	30 - 80

CUADRO 8

En el grupo II solo en cuatro pacientes fue colocado dren de Penrose en el espacio de Retzius, (ninguna paciente con Penrose sufrió complicación postoperatoria). Este hecho será motivo de investigación posterior para aclarar hasta que punto el drenaje evita la celulitis y la infección de herida quirúrgica.

El tiempo operatorio fue el mismo en los dos grupos.

En ambos grupos se requirió la asistencia de solo un ayudante quirúrgico.

En el Cuadro 8 se observan las complicaciones transoperatorias.

En seis pacientes del grupo I se observó extracción difícil del producto que fue valorada cuando el asistente tuvo que intervenir con la presión del fondo uterino.

El peritoneo se lesionó en tres ocasiones, una durante la disección y en dos ocasiones durante la extracción del producto; en el primer caso se reparó antes de efectuar la histerotomía.

No se observaron otras complicaciones.

En el grupo I; no se reportó la extracción difícil del producto en ningún caso, hubo dos prolongacio

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
EXTRACCION DIFICIL	6	NO REPORTADA
ABERTURA PERITONEAL	3	24
LESION VESICAL	0	0
PROLONGACION DE COMISURAS	0	2
SANGRADO MAYOR A 500 cc.	0	3
LESIONES MAYORES	0	0

CUADRO 9

nes de las comiuras de la histerotomía y se observó sangrado de 800-1500 en tres casos (un caso en cesárea corporal).

Dentro de los datos del producto (Cuadro 10) los pesos fetales son similares a excepción de dos productos entre 1035 y 1100 g. del grupo II, a los cuales correspondían las menores edades gestacionales y los cuales se ignoran los datos al egreso por permanecer aún en hospitalización.

Las valoraciones del Apgar en el grupo I son mayores que las del grupo II por las razones antes expuestas y cabe mencionar que durante la cesárea extraperitoneal no es efectuada la valoración de Apgar del recién nacido por efecto de la técnica.

La principal indicación de la cesárea extraperitoneal es resumida con sus ventajas en el Cuadro 11, en el cual se observa la morbilidad postoperatoria.

En ninguna paciente del grupo I hubo morbilidad febril por endometritis mayor a 48 hs. (incluyendo los casos de amniotitis).

Los efectos de irritación peritoneal por maniobras quirúrgicas o por compresas es nula por razones obvias en el grupo I y seis pacientes del grupo II obser-

DATOS DEL PRODUCTO

	GRUPO I	GRUPO II
PESO (GRAMOS)	1950-4535	1036-4175
APGAR MAXIMOS (1 MIN)	8	8
(5 MIN)	9	9
APGAR MINIMOS (1 MIN)	8	4
(5 MIN)	7	4
CONDICIONES BUENAS	17	22
AL EGRESO SE IGNORA	-	2

CUADRO 10

DATOS POSTOPERATORIOS

	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
TEMPERATURA MAYOR DE 38°C POR TIEMPO MAYOR DE 48 Hs.	0	6
DISTENSION ABDOMINAL	0	4
VOMITO O ILEO	0	2
INFECCION DE HERIDA QUI- RURGICA O DEHISCENCIA	0	4
L.U.I. POSTCESAREA	0	3
HISTERECTOMIA POSTCESAREA	0	1

varon estas molestias postoperatorias.

La infección de herida quirúrgica se observó en cuatro pacientes del grupo II, por cero de las del grupo I.

Hubo necesidad de efectuar legrado uterino a tres pacientes del grupo II por endometritis que no cedía a tratamiento antibiótico y a una de estas pacientes se le realizó histerectomía abdominal por infección no tratada.

Solo dos pacientes del total de cuatro infectadas presentaban datos de amniocitis previos a la cirugía.

El Cuadro 12 muestra el uso de antibióticos.

Ninguna paciente del grupo I recibió antibiótico profiláctico previo a la cirugía por cuatro del grupo II.

Los antibióticos indicados se recibieron en ambos grupos; a las seis pacientes con datos de amniocitis preoperatoria, con inclusión de una paciente del grupo I que presentó cuadro bronquial asociado que requirió tratamiento antibiótico.

El Cuadro 13 observa los días de hospitalización postoperatoria.

Dentro del grupo I, hubo siete pacientes que

USO DE ANTIBIOTICOS

	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
ANTIBIOTICOS PREOPERATORIOS (PROFILACTICO)	0	4
ANTIBIOTICOS PREOPERATORIOS (INDICADOS)	7	6
ANTIBIOTICOS POSTOPERATORIOS	7	14

CUADRO 12

DATOS POSTOPERATORIOS

DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIO	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
3 - 5	7	17
5 - 7	10	3
7 - 10	0	0
10 - 15	0	0
15 - 23	0	4

CUADRO 13

PATOLOGIA ASOCIADA

	No. DE CASOS	
	GRUPO I	GRUPO II
DESPropORCION CEFALO- PELVICA	8	7
T O X E M I A	2	2
O B E S I D A D (+80 Kg)	1	NO REPORTADA
PRESENTACION PELVICA	1	1
EMBARAZO GEMELAR	0	1

CUADRO 14

fueron egresadas dentro de los cinco primeros días y diez dentro de los siete días.

En las pacientes no complicadas del grupo II se observó que la mayoría fueron egresadas dentro de los cinco primeros días.

Las cuatro pacientes complicadas del grupo II permanecieron hospitalizadas 18, 22, 23 y 23 días respectivamente.

No ocurrió mortalidad en ningún caso.

El Cuadro 14 muestra la patología agregada, la desproporción cefalopélvica ocupó el primer lugar con 8 y 7 casos respectivamente; toxemia del embarazo, dos casos; obesidad en un caso del grupo I (paciente con 120 kg. de peso); presentación pélvica, un caso para ambos grupos; embarazo gemelar, un caso del grupo II.

CONCLUSIONES.

Aún ante lo pequeño de la muestra, se pueden efectuar interesantes observaciones:

1. La cesárea extraperitoneal no es un método de gran dificultad quirúrgica, y todo médico gineco-obstetra se debe de encontrar capacitado para efectuarla.

2. Su indicación principal es la infección amniótica presente o la cavidad uterina potencialmente infectada.

3. Las complicaciones transoperatorias no va rían de las técnicas habituales si la técnica es seguida con delicadeza.

4. La morbilidad postoperatoria es menor, por la eliminación de material contaminante dentro de la cavidad peritoneal.

5. El uso de drenaje con Penrose en pacientes con infección potencial puede resultar benéfico.

6. Por lo reducido de la casuística no se aplicó valoración estadística, pero al incrementar los casos será motivo de una revisión más completa.

7. Para concluir mencionaremos una frase que puede servirnos de alerta ante situaciones nada envidiables de pacientes con infección amniótica:

Cesárea extraperitoneal:

" Nueva necesidad de las viejas habilidades "

Imig. 1976.

BIBLIOGRAFIA.

1. Castro, Ch.F.; Angeles, W.D.: Estado actual de la cesárea en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", IMSS. Monografías de Ginecología y Obstetricia. AMERHGOUC. 1985.
2. Durfee, R.B.: Elective extraperitoneal cesarean section. Surg.Gynec.Obstet. 110:173,1960.
3. Ellis, G.J.; Devita Mr.: Extraperitoneal cesarean section: a simplified technique. Am.J.Obstet.Gynec. 82: 695,1961.
4. Gibbs, Castillo Rogers: Management of acute chorioamnionitis. Am.J.Obstet.Gynec. 138:709,1980.
5. Hanson, H.: Current use of the extraperitoneal cesarean section: a decade of experience. Am.J.Obstet. -- Gynec. 149:31,1984.
6. Hanson, H.: Revival of the extraperitoneal cesarean section. Am.J.Obstet.Gynec. 130:102,1978.
7. Imig, Perkins, R.F.: Extraperitoneal cesarean section: a new need for old skills. Am.J.Obstet.Gynec. 125:51, 1976.
8. Norton: A paravesical extraperitoneal cesarean section technique. Am.J.Obstet.Gynec. 51:519,1946.
9. Pérez de Salazar, J.L.: Cirugía en los procesos infecciosos en obstetricia. Ginec.Obstet.Mex. 5:371,1950.

10. Perkins, R.P.: Merits of extraperitoneal cesarean section. *J.Reprod.Med.* 19:154,1977.
11. Perkins, R.P.: Papel de la operación cesárea extraperitoneal. *Clin.Obstet.Gynec.North.* 2:593,1980.
12. Rábago, J.: Cesáreas extraperitoneales. *Ginec.Obstet. Mex.* 5:371,1950.
13. Ricci, J. Marr.: Principles of extraperitoneal cesarean section. The Blakinston Co. Philadelphia. 1942.
14. Stevenson, C.S.; Sehney, C.A. and Miller, N.F.: Maternal death from puerperal sepsis following cesarean section. *Obstet.Gynec.* 29:181,1967.
15. Waters: Supravescical extraperitoneal cesarean section. *Am.J.obstet.Gynec.* 39:423,1940.
16. Word, Suford and Oliver: Incisión cesárea extraperitoneal supravescical incisión de elección en pacientes infectadas. *Westrn Med. J.* 42:153,1949.

* * * * *