



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217  
79  
2 ej

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA  
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA" IMSS.

ESTADO ACTUAL DE CESAREA HISTERECTOMIA EN EL  
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"



TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. MAXIMO UBALDO MAMANI PRADA

ASESOR: DR. HECTOR CUENCA PEREZ



IMSS

MEXICO, D. F.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

673-106  
FALLA DE ORIGEN 1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

## I N D I C E

INTRODUCCION	1
REVISION HISTORICA	2
DEFINICION	12
REVISION BIBLIOGRAFICA	13
OBJETIVO	26
MATERIAL Y METODOS	27
RESULTADOS	29
COMENTARIO	38
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41

## INTRODUCCIÓN

La obstetricia, en décadas anteriores y en la actualidad, ha brindado innumerables emociones por estar relacionada con la iniciación de un nuevo ser, lleno de vida y salud, motivos por los cuales el obstetra, en ocasiones, llega a tomar medidas drásticas, para conservar estas cualidades en el binomio madre-hijo.

En la actualidad, a pesar de la tecnología y terapéutica modernas, se recurre a veces a la histerectomía como un medio para salvar la vida.

Dentro de la población obstétrica, la tasa de mortalidad materna, desde hace 50 años a la fecha, disminuyó del 58,2 por 10,000 nacidos vivos a 0.89 por 10,000 nacidos vivos (19,32).

Uno de los principales factores causales de esta reducción se debió a la consulta prenatal y a la intervención médico quirúrgica. las causas de muerte materna más frecuente son: Hemorragia (36%), toxemia (24%) e infección (21%) según Harrison.

En revisiones realizadas sobre la hemorragia se encontró que dentro de la etiología están las alteraciones placentarias, como: Placenta previa 32%, placenta acreta 20% y desprendimiento prematuro de placenta normoinserita 12%; que en ocasiones es indicación de cesárea histerectomía. (13)

Además de las causas anteriormente mencionadas están la ruptura uterina, atonía o inercia uterina y otras que ocupan un menor porcentaje.

Para el control de la hemorragia obstétrica aguda después de las medidas conservadoras, el procedimiento quirúrgico indicado es la

histerectomia, ligadura de arterias uterinas y ligadura de arterias hipogastricas, disminuyendo de esta manera la mortalidad materna.

La frecuencia de cesarea histerectomia es variada en diferentes paises asi como en hospitales, de acuerdo a ciertos autores asi como Rachagan y Sivanesaratrum tuvieron una frecuencia de 0,029% ,Hill y Beischer 0,095%, Haynes y Martin de 0,235% (13) y Luis Castelazo Ayala de 0,09% (17).

En nuestro centro hospitalario un de las indicaciones de cesarea histerectomia es en pacientes con placenta previa y cesarea previa, debido a la asociacion con acretismo placentario, siendo este al parecer frecuente ademas existe un sangrado continuo por disminucion del tejido muscular en el segmento uterino.

#### H I S T O R I A

El primero en concebir la idea de extirpar el utero al practicar operacion cesarea fue Joseph Cavallini, de Florencia, quien en 1768 sugiri6 extirpar el utero fundandose en animales de experimentacion.

En 1809, G.P. Michaelis señalo no solo las posibilidades de histerectomia despues de extraer al producto, sino tambien afirm6 que se habia hecho inadvertidamente en más de una ocasion, pero, al igual que Cavallini nunca pudo efectuarla en una mujer. (17)

En 1823, fundandose en trabajos hechos en conejas, James Blundell aprobo la histerectomia despues de operacion cesarea.

En 1862, Feser logro salvar dos de cuatro perras despues de extirpar el utero. Georg Rein, en San Petersburgo, logro lo mismo. Los experimentos en animales aportaron indudablemente muchos datos que facilitaron el desarrollo de la cesarea histerectomia.

Horacio Robinson Storer efectuo y publico su primera histerectomia subtotal despues de operacion cesarea en 1867. En esta

cirugía se realizó la exploración bajo anestesia con cloroformo, reveló que el nacimiento por la pelvis era imposible, pues estaba bloqueada por un tumor voluminoso que en un lado dejaba un espacio libre de 3,75 cm, a través de la cual se palpaba la cabeza fetal. La idea del Dr. Storer al abrir el abdomen fue 1) hacer un diagnóstico fidedigno; 2) extirpar el tumor si era posible, y sacar el feto después por la pelvis, y 3) abrir y evacuar el útero, si el tumor resultaba inextirpable. Después de practicar la incisión se descubrió que el tumor estaba en el útero y en la pelvis y firmemente unido. Por ser impracticable la extirpación de toda la masa, se abrió el útero y se extrajo el feto maduro. Como la matriz no se contraía, por estar compacta y engrosada a causa del padecimiento, la hemorragia fue alarmante, el Dr. Storer con su serenidad decidió extirpar toda la masa que incluía el útero para poder salvar a la mujer.

Fogliata en Pisa y Porro en Pavia, efectuaron experimentos en animales en 1874; el último autor pudo extraer fetos vivos en animales preñados.

Eduardo Porro de Milán describió un trabajo muy detallado de la primera cesárea histerectomía en la cual madre e hijo sobrevivieron. La paciente de Porro, Julia Cavallini, era una enana primípara de 25 años de edad, y 1,24 m. de talla con una configuración pélvica notablemente distorsionada por raquitismo; se estimó que el diámetro antero posterior del estrecho pélvico superior era de 3,97 cm, estuvo en el hospital bajo vigilancia por 24 días antes de la operación, que se comenzó después de que el trabajo de parto había estado en progreso de siete horas. El útero se abrió in situ y el niño se extrajo vivo. Después de separar la placenta sobre el cuello del útero se pasó un instrumento llamado constrictor de Lintrat, para

incluir un ovario y una trompa de falopio. Este instrumento, en principio, era muy semejante a un lazo de los actuales para extirpar polipos nasales. El alambre se apreto lo suficiente para cohibir la hemorragia y el utero se secciono; despues se limpio la cavidad abdominal con compresas fenicadas y se introdujo tubos de drenaje a través de la pared abdominal y del fondo de saco de Douglas; estos se sacaron por la vagina. El muñon o pediculo se saco por la herida abdominal, la cual se suturo con alambre de plata. Los puntos abdominales se quitaron despues de una semana, la porcion estrangulada del pediculo se desprendió por estacelo al final de otros siete dias y la paciente curo en 40 dias. (17)

En 1876, el profesor Porro publico su famosa monografia titulada "Del' amputazione utero-ovarica come complemento di taglio Cesareo" desde entonces se ha llamado Operacion de Porro. (9) La indicacion principal para la operacion fue impedir la muerte de la madre por infeccion y hemorragia despues de la cesarea.

En los primeros meses de 1877, fue efectuada cesarea hysterectomia por el profesor Inzana de Parma, Italia, por el profesor Hegar de Freiburg, Alemania (1879) y el Dr. Frevistali de Gergano, Perotio, Italia pero las tres pacientes murieron, aunque se salvaron dos niños.

En 1878, Muller fue el primero en proponer una modificacion importante, de Berna, Suiza, sugirió sacar el utero de la cavidad abdominal antes de practicar una incision en el mismo, al tiempo que se hacia constriccion de la base con un tubo elastico semejante al utilizado durante las amputaciones. El 4 de Febrero de 1878 opero a una multipara de 37 años que sufría malformacion pelvica. Habia estado en trabajo de parto tres y medio dias. Estas medidas al

procedimiento original fueron bien recibidas la operación de Forro y Müller, tuvo muchos partidarios.

En 1878, Spath sugirió utilizar un triturador de cadena para fijar el cuello uterino, pero era demasiado pesado, producía necrosis y cortaba el tejido cervical, la cual permitía que el muñón se separara y sangrara.

Jarnier, inventor del tenaculo de tracción axial, en 1879 efectuó la primera cesarea hysterectomia con éxito en Francia, valiéndose de un Cierranudos de Koeberle para sostener el cuello del útero, en lugar de utilizar constrictores.

El mismo año Bischoff operó en trigésima cuarta semana de embarazo por carcinoma de cuello uterino, la paciente murió a las 11 hrs de la cirugía; se había ligado ureter y en el examen de necropsia se advirtió carcinoma de ganglios.

En 1879, Robert P. Harris informó de 29 casos de operación de Forro, señaló que su utilidad se consideraba los siguientes aspectos:

1. Impide la posibilidad de escape de líquidos hacia la cavidad abdominal.
2. Elimina todas las fistulas por las cuales pudiera ocurrir intoxicación séptica.
3. Elimina todo peligro de inercia uterina secundaria y de la hemorragia.
4. Disminuye el peligro de peritonitis originada en el útero.
5. Permite tratamiento antiséptico directo.
6. Elimina la posibilidad de peligro de parto ulterior.

En 1880 Harris volvió a resumir la distribución geográfica de las 50 operaciones, entre las cuales 21 madres se salvaron y sobrevivieron 43 fetos.



Pais	No. de Casos
Italia	23
Austria	11
Francia	7
Alemania	4
EEUU	2
Bélgica	2
Suiza	1

Segun Harris (7)

En el año de 1880 fue amplia la aceptación de histerectomía después de operación cesárea. Ello fue destacado por Oppenheimer en Alemania, quien utilizó compresión manual bilateral de las arterias uterinas para cohibir la hemorragia valiéndose de pinzas de Spencer-Wells; sobrevivieron la madre y el niño.

Issac Taylor, de Nueva York, se efectuó la primera cesarea histerectomía de tipo Porro en los Estados Unidos de Norteamérica en 1880, después de la introducción con el nombre de Porro, pero como en el caso de Storer la madre no sobrevivió. (13) Se realizó la comparación entre el procedimiento:

Porro	Muller	Taylor
Incision abdominal	Incision abdominal	Incision abdominal
Abrir útero y extraer el niño y la	Sacar útero de la cavidad abdominal.	Abrir útero y extraer exclusivamente

placenta.

Ligar utero con cierre nudos y extirparlo.

Fijar el pediculo - pinzandolo a la herida abdominal.

Tubos de drenaje por fondo de Douglas.

Ligar utero con cierre nudos o lazo - de metal.

Abrir utero, extraer el niño placenta.

Fijar el pediculo o muñon a la herida - abdominal.

Tubos de drenaje - por fondo de saco de Douglas.

te al niño.

Ligar utero con cordón resistente o de pescar pasajeramente.

Sutura de zapatero de 2.5 cms. por abajo, para cierre permanente.

Extirpar el utero - con la placenta por tijeras y bisturí.

Dejar el pediculo en la cavidad abdominal; no se dejan drenes.

---

Veit, en 1880 presentó la motion de romper las membranas por via vaginal para disminuir el volumen del utero. Tambien volvio a colocar el muñon en la cavidad peritoneal, el resultado fue un fracaso con muerte materna.

En 1881 E. Richardson efectuó la primera histerectomia con éxito en EEUU. La paciente era enana, de 25 años de edad con 115 cm de talla y a termino de la gestación.

A. R. Simpson, con la ayuda de Sir Halliday Croom, del Dr. Berry Hart y del Dr. F. M. Caird, todos ellos cirujanos diestros y experimentos, efectuó la primera cesárea histerectomia en el Reino Unido en 1881.

Spencer Wells informo en 1881 lo que es una de las primeras cesáreas histerectomias completas. Se ha llamado histerectomia radical. En realidad se fundo en la operacion de Freund, que consistia en la actualidad una completa.

En 1884, Godson efectuó la primera cesárea histerectomia con éxito en Inglaterra. Utilizo una incision transversal que se amplio

lateralmente por tracción y se practicó en la unión del cuerpo y del segmento uterino inferior, también utilizó como constrictor el cierranudos de Koeberle. La moción de Godson podría ser el precursor de la incisión transversal.

Adolpho Kehrer en 1882 quizá haya sido adoptada por este autor el de la incisión transversal, la moción de no cortar sino desgarrar.

En 1890, Lawson Tait, introdujo varias modificaciones en la técnica original de Porro. Se aceptaron ampliamente en Inglaterra cuya operación se llama Tait-Porro.

En 1892, Müller informó el caso de cesárea hysterectomía completa con extracción del cuello uterino valiéndose del método de Freund. Citó a Spencer, Zweifel Bischoff y Schroeder, más tarde este autor mencionó que el mejor pronóstico para la madre es al practicar hysterectomía vaginal en el post parto tardío.

Von Warz, también describió su mejor técnica en 1892, en caso de cesárea temprana y séptica aconsejó eventración del útero, extracción del niño y de la placenta, aplicación de una ligadura seguida de amputación cervical, al mejorar las técnicas de muñones peritonizados y enterrados se convirtieron en el método más corriente en los casos asepticos.

Otto Weis en 1900 reforzó el interés creciente en dejar el muñón y el valor de este procedimiento en los casos de cesárea hysterectomía en los cuales no hay posibilidad de infección.

En 1900 Reed identificó una serie de indicaciones para la operación de Porro en EEUU. como son :

1. Todos los casos en los cuales, a causa del estado general, está indicada la operación cesárea y necesita extirpar el útero.
2. Cuando el niño está muerto y ha ocurrido infección del útero.

3. Atresia intensa de la vagina que impide la expulsión de loquios.
4. Cáncer del cuello uterino.
5. Atonia uterina o hemorragia incoercible del sitio placentario.
6. Casos de rotura uterina en que la sutura de la matriz no brindaría seguridad. (23)

En 1902, Gammell informó de dos casos de cáncer del cuello uterino en la gestación avanzada y revisó las posibilidades de tratamiento quirúrgico en estas circunstancias.

En Inglaterra, A. L. Galabin expresó nociones semejantes, la primera sugerencia para practicar cesárea histerectomía principalmente como procedimiento de esterilización se hizo en 1900, como Duncan y Targett, de Inglaterra.

En 1904, Wagner en Chicago, modificó ulteriormente la operación al elevar el útero sacándolo del abdomen y utilizar compresión manual de los tejidos alrededor del cuello uterino.

Raymon y Cazalis, en 1911, informaron de un caso de hemorragia con placenta previa en el cual se practicó histerectomía subtotal antes de abrir el útero. Sobrevivieron la madre y el niño. Esta moción de extirpar el útero antes de la operación cesárea fue descrita ulteriormente por LeCoq en 1917, y una modificación del procedimiento ha llegado a conocerse con el nombre de Rogers-Solieri.

En Madrid, Rescasen y Sebastian, en 1914, aconsejaron utilizar cesárea histerectomía en todos los casos de infección anteparto o intraparto.

Barton Hirst, 1916, aconsejó dejar el feto en sitio intraabdominal, pero insistió en que la técnica solo debía utilizarse en casos asepticos. Cuando había infección grave, e

indicaron recurrir a la técnica clásica de Forro, con marsupialización abdominal del cuello uterino.

Solieri y Rogers, en 1922, siguieron usando la histerectomía precesárea en casos de infección grave e indicaron la importancia de la rapidez de la extirpación del útero para no poner en peligro al feto al disminuir el riesgo sanguíneo del sitio placentario.

En 1931, L. Phaneuf resumió el lugar que tenía la histerectomía después de operación de cesárea y volvió a aconsejar poner un dren o mecha en el conducto del muñón cervical, particularmente en casos de infección.

Lash y Cummings, 1935, revisaron las indicaciones para histerectomía al efectuar operación cesárea. Incluyeron: 1) infección, 2) anemia aguda (hemorragia), 3) nefritis crónica, 4) tuberculosis y 5) todo caso que está indicada la esterilización.

En 1945, Wilson publicó un informe acerca de cesárea histerectomía. La frecuencia fue de 8.7% en todas las operaciones cesáreas en la Universidad de Rochester. Las indicaciones consistieron en mionas, hemorragia uterina incoercible, infección intraparto y esterilización.

Reis y DeCosta, en 1947 informaron la frecuencia de 2.5% de histerectomía cesárea entre 25.000 operaciones cesáreas.

W. J. Dieckman, F. J. Bjork y G. I. Aragon, en 1948, informaron de 153 casos de histerectomía cesárea desde 1931.

En 1947, el primer caso de histerectomía total electiva después de operación cesárea en Chicago, según Davis.

En 1951, Gosgrove informo de una serie de histerectomías cesáreas pero en la mayor parte de ellas fueron subtotaless.

En 1953, I. Dyer informo de 84 casos de histerectomía total despues de operación cesárea. El primero se efectuó en Nueva Orleans, en 1948.

En 1955, Bradbury, en Western Journal of Surgery,destaco mejoras de la técnica en la histerectomía total durante la operación cesárea que todavía son auxiliares importantes y valiosos de la técnica siguiente:

1. Valerse de la vía de acceso del fondo de saco de Douglas, lo cual permite extirpar el cuello uterino con menor manipulación de la vejiga.
2. Butura continua entrelazada con catgut crómico 00 en el fondo del manguito vaginal posterior y disminuir la posibilidad de enterocele.
4. Fijación de los ángulos de la vagina a los ligamentos cardinales, aspecto muy importante.
5. La suspensión de los ovarios a los ligamentos redondos y no en el fondo de saco o en el manguito vaginal, impide la dispareunia posoperatoria.

Sandburg, Hallot y Hirsh, en 1958, aconsejaron abiertamente utilizar histerectomía cesárea para la esterilización y presentaron casos clínicos.

En 1959, Montague defendió la histerectomía cesárea como procedimiento de elección para esterilizar, y Weed señalo la mayor

frecuencia de problemas ginecológicos relacionados con el útero que se había sometido a operaciones cesáreas.

Pletsh y Sandberg de la Universidad de Stanford trataron de introducir alguna objetividad al debate mediante Bajo este una nueva definición de la indicaciones generales e hicieron notar que clasificaron los métodos selectivos e indicados. Bajo este esquema, los métodos electivos incluyeron 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 o para tratamiento de padecimientos ginecológicos coexistentes como leiomioma, endometriosis y dismenorrea. el trabajo de Pletsh y Sandberg constituye una importante contribución en la practica moderna obstétrica.

En 1963, Webb y Gibs indican que los resultados globales justifican uso continuo como método preferido de esterilización en casos electivos. (36)

Brenner concluyo que no se recomienda la histerectomía como forma de esterilización en el momento de la operación cesárea ya que el riesgo de morbilidad y complicaciones superan a los beneficios potenciales. (7)

Sin embargo, las conclusiones mas recientes en 1967, 1968 y 1969 son que la operación no debe practicarse exclusivamente para la esterilización. La indicación más adecuada para extirpar el útero al practicar operación cesárea debe ser de carácter ginecológica.

#### DEFINICION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Histerectomía proviene de la palabras griegas "Isteros" que significa útero, "extomía" extirpar.

Es un procedimiento quirúrgico, que es la extirpación del útero después de una cesárea, parto o aborto, con el objeto de salvar la vida de una paciente. Puede ser la extirpación total o parcial del útero durante el periodo grávido o puerperal.

#### INDICACIONES

Son numerosas las clasificaciones que agrupan las indicaciones de la histerectomía, estas van desde cesárea histerectomía urgente, que se efectúa con indicación precisa ya sea por patología uterina encontrada durante la cesárea o por accidentes hemorrágicos o bien la cesárea histerectomía electiva, que incluye a las pacientes con cicatriz uterina previa o aquellas que manifiestan su deseo de esterilización, hasta la cesárea que se practica con deliberado propósito de abrir la vía para practicar la histerectomía sin indicación precisa.

Paterson (26), las clasifica en imperativas y electivas; Schneider (31) hace tres grupos: las que presenta anomalías uterinas, y en ellas incluye las urgentes y en otro la paciente con cicatriz previa o que solicita esterilización; un tercer grupo de histerectomía sin indicación alguna y la cesárea se practica como tiempo previo a la histerectomía.

En nuestro medio se clasifica en tres grupos: (7,29)

I. ABSOLUTAS.- En los casos que existe peligro inmediato para la vida de la paciente, por hemorragia o infección.



II. RELATIVAS.- En caso de tumores benignos o malignos del útero o sus anexos y en sangrados del puerperio tardío generalmente debidos a secuelas de la gestación. Permiten programar la cirugía.

III. ELECTIVAS.- Con fines de esterilización ,por cicatrices previas o padecimientos generales que se verían agravados en embarazos subsecuentes o problemas sociales independientes de la patología genital.

Las indicaciones mas frecuentes de histerectomía son:

I. ABSOLUTAS:

- a) Ruptura uterina (y/o relativas)
- b) Placenta previa
- c) Placenta Acreta
- d) Atonía uterina (y/o relativas)
- e) Embarazo ectópico (Intersticial,cervical)
- f) Hemorragia iatrogénica
- g) Hipofibrinogenemia
- h) Infección (?)

II. RELATIVAS

a) Patología uterina

b) Sangrado tardíos

### III. ELECTIVAS

a) Cicatrices previas uterinas

b) Padecimientos generales

c) Problemas sociales

Con el propósito de definir las indicaciones mencionadas haremos una descripción somera de lo más frecuente.

#### I. ABSOLUTAS

##### RUPTURA UTERINA

Este concepto en nuestro medio se ha definido como ruptura uterina al desgarrar de este órgano después de la vitalidad del feto o sea después de 20 semanas. No considerando como tales la perforación, ni la ruptura por embarazo intersticial. Tampoco la prolongación de la incisión uterina en una operación cesárea.

En orden de frecuencia, más de la mitad de las rupturas ocurren en pacientes con cicatriz anterior, la siguen la de origen traumático o iatrogénico como intentos de versión por maniobras internas, mal uso de ocitócicos, etc. Las demás estarían dadas por factores como desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado.

El tratamiento de la ruptura uterina es quirúrgica y el éxito depende de la prontitud con que se instituye este. Su tratamiento

efectivo es la histerectomía, pero no siempre es posible efectuar, por el mal estado de la paciente, o por los antecedentes, como es el caso de una mujer joven y con deseos de procreación. En este caso se puede intentar la histerorrafia. Debe haber facilidad para vigilar embarazos consecutivos a la ruptura.

#### ACRETISMO PLACENTARIO

El acretismo placentario en cualquier de sus variedades anatómicas, es un padecimiento raro, sin embargo, cuando ocurre constituye una verdadera emergencia obstétrica por acompañarse de hemorragia severa y en ocasiones se asocia con sépsis, inversión uterina, placenta previa o ruptura uterina e hipofibrinogenemia.

Hay acuerdo en atribuirlo a antecedentes de traumatismo del endometrio, tales como legrado uterino, cesárea anterior, infección, extracción manual de placenta de embarazos previos.

El tratamiento es la histerectomía, tan rápido se haya realizado el diagnóstico.

#### ATONIA UTERINA

Esta complicación suele presentar en las grandes multiparas, por fibrosis del miometrio y disminución de la elasticidad, se ve favorecida por sobredistensión uterina como en el caso de polihidramnios, embarazo gemelar, etc. También aparece en el desprendimiento prematuro de placenta, por infiltración hemática del útero que sufre disociación de las fibras musculares e impide su correcta retracción, se diagnostica por inspección durante la cesárea. Su frecuencia reportada oscila entre 7-11%. Cifra que es

similar a los autores extranjeros y que están en relación a la indicaciones de histerectomías.

#### CAUSAS IATROGENICAS

Este capítulo incluye los accidentes ocasionados por defectos de técnica durante la operación cesárea que por su magnitud terminan en histerectomía.

Las maniobras bruscas para extraer al producto, origina con frecuencia extensión de las comisuras de la histerotomía hacia los vasos uterinos o laceraciones que involucra cervix y vagina, se acompañan de sangrado profuso y formación de hematoma.

Se da el caso en cesáreas de repetición, se haga una incisión transversal del segmento si es que tiene una cicatriz vertical, dejando el útero en condiciones precarias, con alto riesgo de ruptura en caso de embarazo subsecuente. (2,9,38)

#### HIPOFIBRINOGENEMIA

Es un hecho conocido que situaciones obstétricas complicadas por hemorragia profusa, como puede ser la placenta, el desprendimiento prematuro de placenta normal inserta, la ruptura uterina y otras condiciones (obito fetal, embolia de líquido amniótico), que favorecen el paso de substancia tromboplásticas al torrente sanguíneo dan resultado de hemorragias por consumo anormal de los factores de coagulación. (3) En los cuales la coagulación intravascular diseminada, la fibrinólisis y la pérdida sanguínea masiva; son factores determinantes. La histerectomía que se practica en estas

condiciones, obedece más bien a diagnóstico impreciso, por la duda de que sea el útero la fuente original de sangrado.

En caso de sangrado profuso e incontrolable, post parto, conviene establecer lo más pronto posible, el diagnóstico mediante pruebas conocidas.

Hecho el diagnóstico el tratamiento médico debe ser instituido de inmediato, a base de ocitócicos, que nos darán la seguridad de una buena retracción uterina, sangre fresca que proporciona fibrinógeno y factores que favorecen la coagulación, fibrinógeno en cantidades suficientes, heparina e inhibidores e la fibrinólisis como epsilon-aminocapróico, etc.

Solo en caso que a pesar de estas medidas, continúen con hemorragia se haga más sospechoso del útero como causa de sangrado, deberá practicarse histerectomía.

La histerectomía esta indicada en algunos casos de shock bacterémico, debidos a aborto séptico, infección amniótica y sépsis puerperal. La frecuencia en nuestro medio es elevada, para el aborto séptico y la mortalidad en cifras oscila entre 30-65%. (7)

La infección del contenido uterino habitualmente se debe a gérmenes gram negativos del tipo de las enterobacterias, que se caracterizan por elaborar endotoxinas que al actuar a nivel sistémico, ocasionan cambios importantes en el volumen sanguíneo, alteran el equilibrio hidroelectrolítico y a nivel vascular desencadena el fenómeno de coagulación intravascular o de Shwartzman.

Cuando el tratamiento médico no logra que el cuadro mejore o en la paciente que no son buenos candidatos para el legrado uterino, la histerectomía total abdominal esta indicado, con amplia canalización de cavidad peritoneal.

Este criterio de manejo ha logrado que las cifras de morbilidad y mortalidad descienda en forma importante.

## II. RELATIVAS

### PATOLOGIA UTERINA

Las indicaciones para histerectomía, derivadas de patología uterina relacionadas con el embarazo, la mayor parte de ellas son discutibles y no hay acuerdo general.

### MIOMATOSIS UTERINA

La miomatosis uterina como indicación de histerectomía, se encuentra limitada a casos excepcionales y solamente se practica cuando ocasiona hemorragia importante durante la operación cesárea.

Brenner, Schneider, Barclay, Easterday, Paterson y otros toman la fibromatosis como indicación de histerectomía en un número variable de casos en la literatura nacional no se encuentran reportes de miomatosis como indicación de histerectomía.

### CARCINOMA CERVICO UTERINO

La incidencia de carcinoma cérvico uterino reportada oscila entre 0.5 y 3,5 que equivale a un caso por 2.000 a 4.000 embarazos o a un embarazo por cada 400 a 800 cesáreas. (7,39,40)

En la actualidad las pacientes debe enviarse a servicios oncológicos.

En términos generales el tratamiento del carcinoma del cérvix, complicado con embarazo es semejante al utilizado en la paciente no embarazada. Cuando es tributaria cirugía se practica panhisterectomía tipo Wertheim-Meigs con linfadenectomía pélvica.

#### TUMORES CORIALES

Se encuentra representados por la mola invasora, maligna o coriocarcinoma destruens y el coriocarcinoma.

El tratamiento básico de estos padecimientos es la quimioterapia, radioterapia e histerectomía.

#### SANGRADOS TARDIOS

Es tan amplia al respecto y tan divergentes las opiniones, que no es raro encontrar indicaciones para la histerectomía que se refieren a patología uterina que por sí sola, no es suficiente para sostener la indicación, es el caso de trastornos de la estática genital.

En este capítulo se agrupan aquellos padecimientos cuya sintomatología principal es el sangrado y que se caracteriza por parecer al final del puerperio o poco tiempo después. Se mencionan los pólipos placentarios, la endometritis sincicial y la subinvolución del lecho placentario exceptuando esta última cuya frecuencia es sumamente baja, no son tributarios de histerectomía y el tratamiento sería el legrado uterino.

### III. ELECTIVAS

Hay un acuerdo en general en que la histerectomía no debe escogerse como procedimiento primario de esterilización. (4,7,12,28,36,37)

Sin embargo en pacientes que reúnen determinadas características en cuanto a la edad, paridad, padecimientos interrecurrentes que tienen influencia definida sobre el curso del embarazo o bien en las que la gestación hace variar su pronóstico y que además, llegan a la operación cesárea por indicación obstétrica, la histerectomía practicada después de la cesárea lleva implícita la finalidad de esterilización.

Este criterio es combatido por los conservadores, quienes arguyen que la ligadura tubaria logra la misma finalidad con menor traumatismo quirúrgico. (19,26) Sin embargo, son muy numerosas las publicaciones donde se demuestra que la agresión quirúrgica es casi similar a la de la operación cesárea, que el tiempo promedio de esta operación no va más allá de 80 a 90 minutos. La morbilidad es la misma comparativamente con operación cesárea y la mortalidad es menor uno por ciento, que en la cesárea histerectomía electiva, hay tiempo suficiente para preparar la paciente, seleccionar el equipo quirúrgico adecuado, anestesia, etc.

Hay un acuerdo unánime en cuanto a la necesidad de que la cesárea histerectomía sea practicada por un cirujano con entrenamiento adecuado, en una institución especializada y que además



existen algunos detalles en cuanto a la técnica quirúrgica, que difieren de la histerectomía ginecológica en virtud del edema y la vascularización tan importante de los órganos pélvicos durante el embarazo. Si se analizan los resultados de diversas casuísticas, saltan a la vista que las complicaciones más importantes son la hemorragia y las lesiones vesicales. (4,15,24,31)

Las principales indicaciones de histerectomía electiva se mencionan a continuación:

a) Cicatrices uterinas previas. En las que se incluyen la cesárea iterativa, antecedentes de dehiscencia de cicatriz, o de aloectomía múltiple. Cicatriz uterina defectuosa, entendiéndose como tal, la cicatriz mal consolidada, que ha dejado un segmento muy adelgazado, avascular y transparente, que en ocasiones permite ver a trasluz al producto. (4)

b) Padecimientos generales. Cardiopatías, nefropatías, diabetes con antecedentes de abortos y malformaciones congénitas; toxemia de repetición; tromboembolias y varices; epilepsia; isoimmunización materna al factor Rh con esposo homocigoto y antecedentes de abortos. (7)

c) Causas diversas. Quedarían incluidas las pacientes que se someten a histerectomía porque consideran tener el número adecuado de hijos y que por alguna indicación obstétrica terminarán su embarazo por cesárea. Pacientes psicópatas y multiparidad.

#### TECNICAS PARA LA CESAREA HISTERECTOMIA

Existe en la actualidad una marcada preferencia por la histerectomía total abdominal extrafacial y son cada vez mayores los reportes que hacen notar que la histerectomía subtotal es un procedimiento que se ha abandonado en los últimos años, por los serios inconvenientes que significa el muñon cervical. Sin embargo, se sigue efectuando cuando las condiciones generales de la paciente, requieren el menor tiempo operatorio posible o bien, cuando el entrenamiento del cirujano es suficiente.

Brenner informa que desde el año de 1961, se ha limitado en forma estricta la practica de histerectomía subtotal, dejandola para aquellos casos sumamente difíciles o en las pacientes en estado de descompensación, siendo esta la norma en el Metropolitan Hospital de New York.

Los reportes de esta operación en el medio, incluyen todavía un porcentaje considerable de histerectomías subtotales.

Con el propósito de evitar las complicaciones ya señaladas para la cesárea histerectomía, de lesiones vesicales y hemorragias, se debe tener un cuidadoso pre y transoperatorio que sería determinante.

Por todo lo anterior se debe procurar que el paciente llegue a la cirugía en el estado óptimo. De especial interés será corregir la anemia, ya que la pérdida sanguínea en esta operación es mayor que en la cesárea o el parto. Contar con sangre compatible que se haya sometido a pruebas cruzadas.

En cuanto al transoperatorio, es conveniente la observación de ciertos principios para evitar la pérdida sanguínea, indicando esta

conducta desde la hemostasia cuidadosa de la pared. Después de la extracción del producto y anexos se suturara la herida uterina con sutura continua, lo que evitara sangrado y mantendrá el campo limpio. El masaje del útero y aplicación de ergonovínicos, favorecen la retracción uterina.

Al pinzar los ligamentos redondos, deberá tenerse cuidado de incluir la arteria de los misenos, que es de calibre mayor y puede originar hemorragia importante.

Se debe tener cuidado especial en hacer pedículos delgados, si es posible se ligan por separado los ligamentos redondos, los ligamentos utero-ovaricos, las trompas de falopio y los vasos uterinos.

Otro paso molesto es la hemorragia del plexo venoso de Santorini situado debajo de la vejiga y a los lados del cuello uterino, se cuidara de no apartarse de la línea media y no continuar la disección más de 2 cm. distalmente al cuello uterino, para evitar lesionar este abundante plexo.

El desplazamiento de la vejiga hacia abajo debe hacerse en periodos, manteniendola 1 o 2 cm. más abajo del sitio de mayor progreso de la operación; ello evita la pérdida innecesaria de sangre. Los ligamentos anchos y cardinales hipertróficos y alargados necesitan varios puntos de sutura para la hemostasia adecuada; en cambio, en la no embarazada suelen necesitarse uno ó dos.

En la actualidad, la operación total se aconseja indiscutiblemente sobre la subtotal, a menos que la hemorragia y el mal estado de la paciente exija otro enfoque en aras de la rapidez,

de menor anestesia y menor exposición quirúrgica. Por otra parte, enfermedades pélvicas de la índole de endometriosis en el fondo de saco de Douglas pueden dificultar la operación total.

La histerectomía intrafascial se realiza en embarazos temprano en los cuales no hay trabajo de parto y existen buenos planos sin modificaciones cervicales que es posible identificar la fascia.

#### VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Las ventajas de la histerectomía cesárea son estas: 1) en caso descuidados elimina un órgano infectado o potencialmente infectado de la cavidad peritoneal; 2) la extirpación del útero descarta el peligro de peritonitis que sigue a la dehiscencia de la incisión uterina; 3) la peritonitis resultante de propagación linfática se impide al extraer el útero infectado; 4) se elimina el peligro de hemorragia postparto por atonía uterina y 5) se descarta la posibilidad de drenaje inadecuado, degeneración y complicaciones posteriores de tumores uterinos presentes al efectuar la operación.

Las desventajas son las siguientes: 1) se sacrifica el útero, y 2) la paciente quizá corra algo de peligro en la cirugía adicional.

Las ventajas de histerectomía cesárea abdominal total en comparación con la subtotal son que se extirpa el cuello del útero como foco para carcinoma, y las ventajas corrientes del procedimiento de Porro.

Sin embargo, estas ventajas se acompañan de mayor pérdida de sangre transoperatoria, mayor duración de la operación y más posibilidad de lesiones de vejiga y uréteres. La técnica de la

histerectomía cesárea supravaginal es idéntica a la que se practica en el útero no grávido.

#### OBJETIVOS

1.- Establecer la relación del cuadro clínico como indicación para la intervención con los hallazgos anatomopatológicos.

2.- Determinar las causas más frecuentes que son indicaciones para realizar histerectomía obstétrica.

3.- Reconocer que tipo de asociaciones de los resultados anatomopatológicos que se dan con los antecedentes obstétricos y la evolución del embarazo y del parto.

#### HIPOTESIS

La hipótesis planteada es demostrar que la atonía uterina es la principal indicación para realizar histerectomía dentro del estado grávido puerperal, misma que no tendrá manifestaciones anatomopatológicas.

Otras indicaciones son las infecciones acretismo placentario, las cuales son susceptibles de demostrar por anatomopatológica.

#### MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo de casos clínicos en el Hospital "Luis Castelazo Ayala", durante el periodo comprendido entre Abril 1989 a Febrero de 1990.

#### POBLACION DE PACIENTES

Se seleccionaron 57 expedientes de pacientes del Hospital, a las que se les practicó histerectomía obstétrica ya sea en estado grávido o puerperal, en el periodo comprendido.

#### CRITERIOS DE INCLUSION

- Se tomo en cuenta a todas las pacientes que durante este lapso de tiempo fueron sometidas a la histerectomía obstétrica
- Se requirió que cuenten con protocolo de patología del útero.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- No contar con el expediente clínico.
- No con datos de anatomía patológica.

#### M E T O D O

La capacitación de los casos se realizó mediante revisión de reportes quirúrgicos en libro de la unidad toco-quirúrgico, para posteriormente localizar los expedientes seleccionados en el archivo general del Hospital.

Toda la recopilación de datos fue realizada por un investigador único.

#### DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION

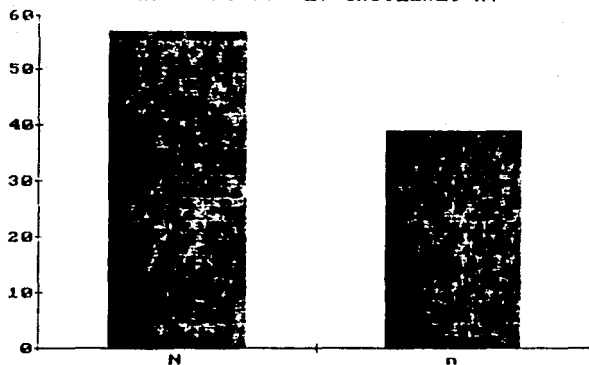
Al seleccionar un expediente se registraron los siguientes parámetros:

- Nombre y registro de cada paciente
- Edad, paridad, y edad gestacional
- Complicaciones del embarazo
- Evacuación uterina
- Indicación de cesárea
- Tipo de histerotomía
  
- Peso fetal, sexo y Apgar
- Indicación de histerectomía
- Tipo de histerectomía y tiempo quirúrgico
- Estancia hospitalaria
- Tipo de anestesia
- Morbilidad transoperatoria y postoperatoria
- Hallazgos anatomopatológicos

Se tomaron 39 casos que llenaron los requisitos del protocolo propuesto y para conocer su significancia estadística se aplicó el método Z y una probabilidad de riesgo  $P=0.984$ .

Fig. 1

HISTERECTOMIA OBSTETRICA  
EN EL HOSP. "L. CASTELAZO A."



R E S U L T A D O S

Durante este lapso de tiempo, nacieron 21.130 bebés, habiéndose realizado 6.650 cesareas. (tabla I)  
La frecuencia en nuestro hospital de histerectomías obstétricas fue de 0,27 % .

TABLA I  
HISTERECTOMIA OBSTETRICA  
Frecuencia 1989-1990

	CASOS	%
Nacimientos	21130	100
Cesáreas	6650	31.5
Histerectomía	57	0.27

EDAD DE LA PACIENTE

La edad de las pacientes estuvieron comprendidas entre los 19 años a 37 años con una media de 27 años.



Figura # 2

FRECUENCIAS SEGUN LA EDAD  
DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA

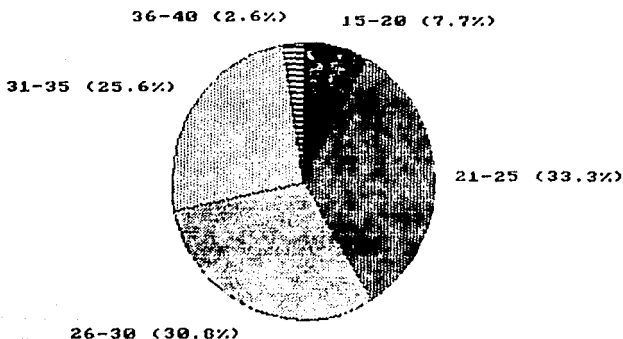


TABLA 2  
FRECUENCIA SEGUN LA EDAD  
DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA

EDAD	FRECUENCIA	%
15-20	3	7.7
21-25	13	33.3
26-30	12	30.8
31-35	10	25.6
36-40	1	2.6

ANTECEDENTES GESTACIONALES

La suma de todos los embarazos en el grupo de estudio fue de 120, el promedio gestacional correspondió a 3 para cada paciente, de estas presentaron con antecedentes de primigestas 5; antecedentes de I aborto 5; antecedente de II o más abortos 6; antecedente de I cesárea 12; y antecedente de II o más cesáreas 8.

### COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Las complicaciones que se presentaron en el grupo de estudio en orden de frecuencia: Ruptura prematura de membranas un 23,5 % ; Amenaza de parto prematuro un 17,6 % ; Eclampsia y preeclampsia un 14,7 % ; Placenta previa un 6 % . Además se presentó un caso de embarazo gemelar, epilepsia, polihidramnios y malformación congénita. Embarazos normales se presentó en el 20 % de los casos revisados.

### EVACUACION UTERINA

De las histerectomías realizadas en esta serie fueron cesáreas en 22 casos (56%); parto vaginal 13 casos (33%) entre estos uno fue parto distócico; aborto 3 casos (8%) y un embarazo ectópico (3%).

Figura # 3

EVACUACION UTERINA HOSP. "L. C. A"

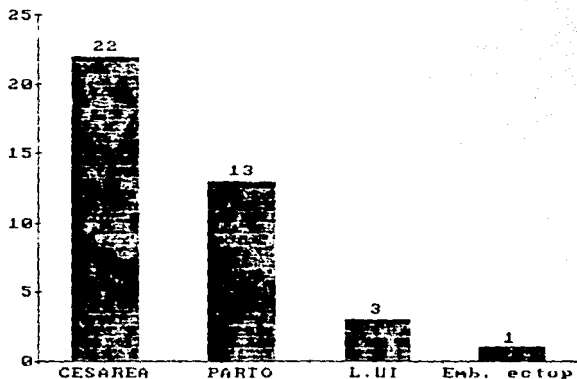


TABLA  
EVACUACION UTERINA

	CASOS	Z
CESAREA	22	58.4
PARTO	13	33.3
L.UI	3	7.7
Emb. ectopico	1	2.6

INDICACION DE CESAREA

De las 22 cesáreas realizadas las indicaciones mas frecuentes fueron: toxemia, ruptura prematura de membranas con prematuridad, placenta previa, cesárea iterativa y desproporción cefalo-pélvica, en orden de importancia. Además en ellas se realizó histerotomía en 14 pacientes tipo Kerr y 8 tipo corporal. (Figura # 4)

Se presentaron con un caso después de forceps fallido, desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta, dehiscencia de histerorrafia previa, embarazo gemelar y situación transversa.

tabla III

INDICACIONES DE CESAREA		
	CASOS	%
TOXEMIA	8	27.6
RPM+PREMATUREZ	5	17.2
PLACENTA PREVIA	4	13.8
CESAREA ITERATIVA	3	10.3
DCP	2	6.9

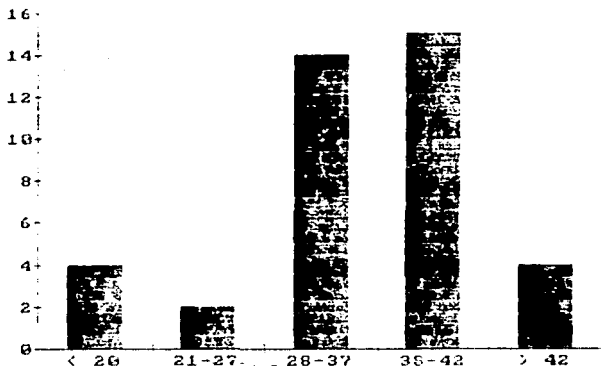
ANTECEDENTES DE PRODUCTO

De esta serie de pacientes se obtuvieron de acuerdo a las semanas de gestación : Productos de termino 15; pretérmino 14; prolongado 4; inmaduro 2 y abortos 4.

TABLA IV

ANTECEDENTES DEL PRODUCTO		
	CASOS	%
< 20	4	10.2
21-27	2	5.1
28-37	14	35.9
38-42	15	38.5
> 42	4	10.2

ANTECEDENTES DEL PRODUCTO  
SEMANAS DE GESTACION



INDICACION DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

En el estudio realizado, las principales causas de indicación de la histerectomía son: Atonía uterina en un 44 % ; acretismo placentario en un 28 % ; deciduomiotritis o pelviperitonitis en un 10 % ; ruptura uterina y dehiscencia de cicatriz previa en un 6 % ; y en un 2 % estas entidades patológicas como desprendimiento prematuro de placenta normal inserta, hipofibrinogenemia, restos placentarios.

Tabla # 5  
INDICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

DX PREOPERATORIO	CASOS	%
------------------	-------	---

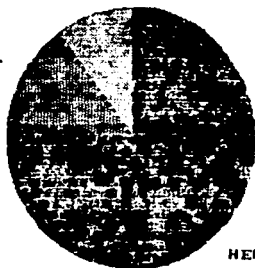
Tabla A 5  
INDICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

DX PREOPERATORIO	CASOS	%
ATONIA UTERINA	18	44
ACRETISMO PLACENTARIO	12	28
RUPTURA UTERINA	6	12
D.P.P.N.I.	1	2
DESIDUOMIOMETRITIS	4	10
C.I.D.	1	2
RESTOS PLACENTARIOS	1	2

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA  
DX PREOPERATORIO

INFECCIOSA (10.3%)

TRAUMATICA (12.



HEMORRAGICA (76.9

TIPO DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA

El tipo de histerectomía que se realizó en estas pacientes fue histerectomía total en 32 pacientes; histerectomía subtotal en 7 pacientes; de las 39 pacientes se realizó a 4 pacientes ligadura de hipogástricas y salpingooforectomía unilateral en 3 casos. (fig. # 5)

ANESTESIA EMPLEADA

En esta pacientes se emplearon tres tipo de anestesia de las cuales en ciertos casos se combinaron, entre ellas la mas utilizada

fue: Anestesia general balanceada en un 59 % de los casos, bloqueo peridural asociada a anestesia general en 15 % , bloqueo peridural asociada a sedación en un 13 % y bloqueo peridural solo en un 13 %.

#### TIEMPO QUIRURGICO

El tiempo quirúrgico mínimo de la histerectomía obstétrica fue de 1 hora el máximo de 4 horas, con una media de 2 horas con 35 minutos.

#### ESTANCIA HOSPITALARIA

En cuanto se refiere a la estancia hospitalaria se observo que el mínimo fue de 4 días y con un máximo de 32 días, con promedio medio de 9 días.

#### SANGRADO TRANSOPERATORIO

El sangrado que presentaron estas pacientes lo mínimo fue de 300 ml. y la que presentó el mayor sangrado fue de 5.800 ml. con sangrado medio de 1437 ml.

#### CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA

La relación de este grupo estudiado en cuanto se refiere al resultado histológico fueron : Utero normal (indicación de histerectomía por atonía uterina) en 19 casos , acretismo placentario en 8 casos, ruptura uterina en 5 casos, deciduomioametritis en 4 casos, restos placentarios en 2 casos, con un caso desprendimiento prematuro de placenta normal inserta y embarazo ectópico.

Estos resultados se agruparon en tres grupos a seguir: hemorrágicos con un 77 por ciento, traumático en un 12 por ciento e infeccioso en un 11 por ciento.

Tabla # 6  
RESULTADO HISTOPATOLOGICO

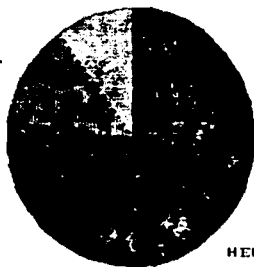
	CASOS	%
UTERO NORMAL	19	48.7
ACRETISMO PLACENTARIO	8	20.5
RUPTURA UTERINA	5	12.8
D.P.P.N.I.	1	2.6
DESIDUOMIOMETRITIS	4	10.3
RESTOS PLACENTARIOS	2	5.1

CORRELACION HISTOPATOLOGICA CON EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE HISTERECTOMIA

INFECCIOSA (10.3%)

TRAUMATICA (12.8%)



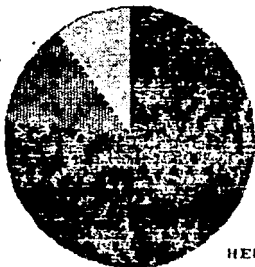
HEMORRAGICA (76.9)



INDICACIONES DE HISTERECTOMIA  
DX PREOPERATORIO

INFECCIOSA (10.3%)

TRAUMATICA (12.)



HEMORRAGICA (76.9)

COMENTARIO

La frecuencia de la histerectomía obstétrica encontrada en esta serie es de 0.27 % esta en correlación según algunos autores, es menor significativamente a la señalada por otros autores; estos oscilan entre 0.5 - 6.2% (1,2,5,6,9) , otra diferencia importante que tenemos que señalar es la referente a la relación entre la frecuencia de la cesárea histerectomía y la histerectomía en el cual se observa un franco predominio de cesárea histerectomía, a un cuando en la mayoría de las series se aprecia este hecho. Haynes hace notar que a mayor número de histerectomías mayor es la tasa de morbi-mortalidad. (6)

Según la edad se observa que el mayor índice de frecuencia es en la edad reproductiva y en el estudio con una media de 27 años; sin

embargo, el hecho de encontrarse mujeres de 19 años o de 37 años, se pone de manifiesto que cualquier paciente esta expuesta a la perdida del útero y esto concuerda con todas las series. En esta serie observamos que es mas frecuente a la edad de 21 a 30 años.

Los antecedentes gestacionales en las pacientes de nuestro estudio muestra que el termino medio es de 3 gestaciones, y que los antecedentes de cesárea previa o más , podria considerarse como factores predisponentes para la histerectomia obstétrica, así mismo en las primigestas es bajo.

Si comparamos con informes del medio se confirma que la hemorragia es la causa mas frecuente de las indicaciones en cifras de 78 % , ademas se practicaron cesárea histerectomia en 22 casos (56%), parto-histerectomia 13 casos (33%), legrado uterino-histerectomia 3 casos (8%) y embarazo ectopico-histerectomia en 2.6%.

El grupo analizado por nosotros tiene un listado de indicaciones preoperatorio que abarcan toxemia (8 casos), ruptura prematura de membranas (5 casos), placenta previa (4 casos), cesárea iterativa y desproporción cefalo-pélvica. El tipo de histerotomia de los 22 casos se realizó tipo Kerr en 14 y corporal en 8 .

En cuanto se refiere a los antecedentes del producto se observo que de acuerdo a las semanas de gestación se obtuvo productos a termino 39% y con prematurez un 36%; en relación con el peso del producto se obtuvieron en mayor porcentaje productos a termino (56%) y disminuye la prematurez a un 10%.

Las indicaciones para la histerectomia obstétrica lo encabeza la atonia uterina, seguida de acretisao placentario ,posteriormente

deciduo mioartritis y ruptura uterina. Todo el grupo estudiado tuvo indicación absoluta.

En este grupo estudiado se observó en comparación con la indicación de la histerectomía y el resultado histopatológico se presentó una correlación de un 98.7 %, y que la indicación más frecuente de la histerectomía es la atonía uterina.

### C O N C L U S I O N E S

De esta serie de casos del estudio podemos concluir los siguientes:

1.- De 21.130 nacimientos ocurridos en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cesárea se realizó en 31.5 por ciento y la histerectomía obstétrica en 0,27 por ciento.

2.- La cesárea histerectomía se realiza en proporción de 2:1 a la histerectomía en comparación con otros países que es de 1:1.

3.- La histerectomía obstétrica se realiza en todos los casos con una indicación de tipo absoluta. Se propone realizarla con indicaciones relativas ya que su morbilidad es mucho menor de la derivada de la histerectomía que se realiza en un segundo tiempo. Se señala que cuando se hace en forma electiva, la morbimortalidad no tiene diferencia que cuando se realiza sin embarazó.

4.- Existe un listado inmenso de la indicación de la histerectomía obstétrica pero cinco son las causa más frecuentes responsables de la indicación en 76 por ciento.

5.- Existe una correlación clínica, quirúrgica y anatomopatológico en un 98 por ciento.

6.- Se aconseja realizar el tipo de histerectomía por preferencia de practicar total y extrafacial.

#### B I B L I O G R A F I A

1. AARD LA, SAED F: Low incidence cesarean section.  
Clin Proc. 1975;50:365
2. ARANA AJ: Cesárea histerectomía. Reporte de 100 casos consecutivos.  
Binec Obstet Méx. 1976;40:419
3. ABOELMGD SM, KASRAWI R, HATHQUT H: Emergency hysterectomy in obstetric practice five years review.  
Int J Gynecol Obstet. 1987;25:437
4. ADRIANI J: Analgesia y anestesia en histerectomía cesárea.  
Clin Obstet gynecol. 1969;12:590
5. ALFORD CD, MILLER AC, SIMPSON JW: Cesarean section hysterectomy.  
Am. J. Obstet Gynecol. 1961;82:644
6. AMIRIKIAH, EVANS TN: Ten years review of hysterectomy:

Trends, indications and risk.

Am J Obstet Gynecol. 1979;134:431

7. BARCLAY DL: Cesarean hysterectomy: Thirty years experience.  
Obstet Gynecol. 1970;35:120
8. BARCLAY DL: Cesarean hysterectomy at the Charity Hospital in New Orleans: 1000 consecutive operations.  
Clin Obstet Gynecol. 1969;12:635
9. BARCLAY DL, HANKS BL, FRIED DM, ET AL: Elective cesarean hysterectomy: A five year comparison with cesarean section.  
Am J Obstet Gynecol. 1976;124:900
10. BENSON CR: Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos.  
Editorial El Manual Moderno S.A:  
1986.
11. BRENNER P, SALL B, SONNENBLICK B: Evaluation of cesarean section hysterectomy as a sterilization procedure.  
Am J Obstet Gynecol 1970;108:335
12. CHAVEZ AJ: Morbimortalidad materna en la cesárea hysterectomía.  
Ginec Obstet Méx. 1974;35:511
13. CHESNUT HD, EDEN DR, GALL AS, PARKER TR: Peripartum hysterectomy: A review of cesarean and post partum hysterectomy  
Obstet Gynecol. 1985;65:365
14. CHODAK GW, PLAUT ME: Wound infections and systemic antibiotic prophylaxis in gynecologic surgery.  
Obstet Gynecol. 1978;52:123
15. COLE P, BERLIN J: Elective hysterectomy.  
Am J Obstet Gynecol. 1977;129:117
16. CRUSE PJE: Incidence of wound infection on the surgical services.

Surg Clin North Am. 1975;55:1269

17. DAVIS ME: Complete cesarean hysterectomy.

Am J Obstet Gynecol. 1951;62:838

18. DURFEE RB: Evolution of cesarean hysterectomy.

Clin Obstet Gynecol. 1969;12:575

19. EASTERDAY CL: Cesarean hysterectomy at the Boston Hospital for Women.

Clin Obstet Gynecol. 1969;12:652

20. EVRARD JR, GOLD EM : Cesarean section and maternal mortality in Rhode Island.

Obste Gynecol. 1977;50:594

21. IFFY L, KAMINETZKY AH: Obstetricia y Perinatología.

Editorial Medica Panamericana.

1985

22. HAYNES DM, MARTIN BJ: Cesarean hysterectomy: A twenty years review.

Am J Obstet Gynecol. 1979;134:393

23. HOFMEISTER FJ: Tubal ligation versus cesarean hysterectomy.

Clin Obstet Gynecol. 1969;12:676

24. LOPEZ DE, GUERRERO HA, JIMENEZJF, ET AL: La histerectomia  
obstétrica en el hospital de ginecoobstetricia Ja del I.M.S.S.  
Ginec Obstet Méx..1983;51:281
25. LANGER R, PELOSI M, HUNGCT, ET AL: Comparison of sterilization  
by tubal ligation and hysterectomy.  
Surg Gynecol Obstet. 1975;140:235
26. LARDS RK, WORK BA: Female sterilization.  
Obstet Gynecol. 1975;46:215
27. MICKAL A, BEGNEAUD WP, HAMES TP: Pitfalls and complication of  
cesarean section hysterectomy.  
Clin Obstet Gynecol. 1969;12:660
28. MORTON JH: Cesarean hysterectomy.  
Am J Obstet Gynecol. 1962;83:1422
29. MCSHINE MP, HEYL SP, EPSTEIN FH: Maternal and perinatal  
morbidity resulting from placenta previa.  
Obstet Gynecol. 1985;65:176
30. PATERSON SP: Cesarean hysterectomy.  
Am J Obstet Gynecol. 1970;107:729
31. PLETSCH TD, SANBERG EC: Cesarean hysterectomy for  
sterilization.

- Am J Obstet Gynecol. 1963;85:254
32. PRITCHARD AJ, MACDONALD CP, GANT FN: *Williams Obstetricia*.  
3a Edición Salvat Editores S.A. 1986
33. RIVA HL: *Indications and techniques for cesarean hysterectomy*.  
Clin Obstet Gynecol. 1969;12:618
34. SCHNEIDER GT, TYRONE CH: *Hysterectomy*.  
Surg Gynecol Obstet. 1970;130:501
35. URSUA LH, MARIN RR: *Cesárea hysterectomía*.  
Ginec Obstet Méx. 1980;48:261
36. RACHAGAN SP, SIVANESARATHURMV: *Cesarean hysterctomy: Review of  
21 cases in the University HOSPITAL*.  
Europ J Obstet Gynecol Reprod. 1984;16:321
37. RUPARELIA BA, CHAPMAN MG: *Occult infiltrating placenta previa  
percreta: an unusual case highlighting the management problems in  
a young patient*.  
Int J Gynecol Obstet. 1988;27:285
38. RUIZ RT, HERRERA LF: *Cesarea hysterectomía e hysterectomía  
en el puerperio*.  
Monografías de Ginecología y Obstetricia. 1969



39. STEVEN LC, SZE-YA Y, JEFREY P:Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage.

Obstet Gynecol. 1984;64:377

40. SINGH PM, RODRIGUEZ C, CUPTA AN:Placenta previa and cesarean section.

Acta Obstet Gynecol Scand. 1981;60:367

41. STURDEE DW, RUSHTON ID:Cesarean and post partum hysterectomy 1968-1983.

British J Obstet Gynecol. 1986;93:27

42. WEBB CF, GIBBS JV:Preplanned total cesarean hysterectomy.

Am J Obstet Gynecol. 1968;101:23

43. WECKSTEIN NL, MASSEMAN HS, GARITE JT: Placenta accreta: a problem of increasing clinical.  
Obstet Gynecol. 1986;69:480