



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

11217
66
201

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA
" LUIS CASTELAZO AYALA "

CIERRE DE LA PARED UTERINA EN UNA SOLA CAPA,
DURANTE LA OPERACION CESAREA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
GINECO OBSTETRA

P R E S E N T A

DR. LEOBARDO LOPEZ SANCHEZ



TESIS CON TUTOR
FALLA DEL ORIGEN DR. MIGUEL A. URZUA LEOS

JEFE DE ENSEÑANZA
DR. JESUS CHAVEZ BRAMBILA

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1992



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.

C O N T E N I D O

1.- I N T R O D U C C I O N

2.- A N T E C E D E N T E S

3.- P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A

4.- O B J E T I V O

5.- M A T E R I A L Y M E T O D O S

6.- R E S U L T A D O S

7.- C O N C L U S I O N E S

I N T R O D U C C I O N

El propósito del presente estudio es determinar la importancia y beneficio de la Histerorrafia en un sólo plano - en relación con la evolución clínica satisfactoria del -- postoperatorio: así como el análisis radiológico (Histerosalpingografía), con el objeto de determinar diferentes tipos de deformidad en la cicatriz uterina.

La morbilidad disminuida está dada por el menor uso de material de sutura, menor compromiso vascular, menores defectos de saculación, hemostasia selectiva; contribuyendo todo lo anterior a una menor morbilidad y una cicatrización efectiva.

En nuestro hospital la Histerorrafia es usualmente realizada en planos del tipo convencional, por lo tanto la Histerorrafia en un sólo plano con sutura interrumpida es -- una modalidad técnica quirúrgica que podría tenerse en -- cuenta como alternativa, con buenos resultados.

Este es un estudio preliminar de nueve casos, en los cuáles la Histerorrafia se efectuó en una sólo capa de sutura interrumpida y con material de sutura del tipo Catgut-Crómico del número 1, abarcando fascia, miometrio y respetando decidua; en el cuál sus observaciones podrían ser -- motivo de próximos estudios con un mayor número de casos.

ANTECEDENTES

La cesárea es un procedimiento quirúrgico - obstétrico, - que ha sobrevivido a través de los tiempos con una cantidad sorprendentemente baja de innovaciones técnicas.

La operación cesárea también llamada " sección cesárea ", parto cesárea e Histerotomía, ha sido y es de gran interés y controversia. La definición original en 1790, por el Obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque (1746 - 1810) era; operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño, diferente de la natural (17).

Hoy se define a la cesárea en general como una Laparotomía (abertura de la cavidad abdominal a través de una incisión anterior) más histerotomía (incisión en el útero para extraer al feto) (14). Ambas definiciones presuponen que el feto está dentro del útero.

Otro probable origen de la palabra cesárea es el verbo " caedere " que significa " cortar (15). Los Niños nacidos por operaciones postmortem se llamaban " caesones ", - lo cual constituye otro probable origen del vocablo.

" A caeso matriz útero " (15), que significa sacar a un niño del útero de la madre por una incisión, se utilizó - para describir el nacimiento por cesárea a fines del último siglo antes de cristo, por los Romanos.

La primera persona que registró el uso de la palabra --- " Operación " en conexión al nacimiento de un infante -- por cesárea fué Jacques Guillemeau, en su libro de Obstetricia fechado en 1598, que se menciona hoy por lo común, cuando se habla de ésta intervención quirúrgica.

Hay tres periodos básicos en la historia de nacimiento a través de cesárea: el primero antes del año de 1500, ll no de mitos.

La operación se utilizaba sobre todo, para extraer niños vivos de madres muertas; o con mayor frecuencia, niños - muertos de madres muertas, dada la alta tasa de mortalidad relacionada con la operación. El segundo periodo --- principia en el año de 1500 y termina en 1676; durante - él, se desarrolló la operación y se hizo por primera vez profesionalmente en una mujer viva.

El tercer periodo se inicia en 1876. durante el mismo se desarrolló y refinó la técnica moderna por el trabajo de Porro y Sanger (16).

La cesárea se inicia como un procedimiento de urgencia, - por lo que había muy poca preparación preparatoria.

La cesárea es un fenómeno de la segunda mitad de este -- siglo. Su utilización previa era escasa y hasta 1972, se utilizaba en menos del 10% de los nacimientos (8, 11).

El punto clave en la evolución de la cesárea se produjo - en el año de 1882, cuando Max Sanger, introdujo la sutura de la pared uterina (5).

La historia del parto por cesárea se ha desarrollado a pe sar de mitos, diferencias de opinión, muertes y morbili-- dad iniciales. Los métodos utilizados hoy, evitan en gran parte la morbilidad y las muertes maternas; constituyendo uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes.

En los últimos dos decenios, la frecuencia de la opera-- ción cesárea ha aumentado cada año, a pesar de interven-- ciones de la comunidad profesional y científica, inicia-- dos en 1960.

Casi todos los cirujanos a final del siglo XIX se rehusa-- ban a cerrar el útero, por temor a que las suturas corten el miometrio contráctil y produjeran hemorragia e infec-- ción. Weigel, de Hullesebuch, Alemania (1838) utilizó el cierre de la histerotomía en un solo plano de sutura, - en tanto que Frank E. Polin, de Sprienfield, Kentucky, -- utilizó alambre de plata (4).

Hoy suele cerrarse el útero con dos capas de sutura contí nua, anclado en la primera e imbricado en la segunda. En-- años recientes ha ganado aceptación el cierre de la his-- terotomía en una sola capa con surgete contínuo o con pun tos separados (1,10).

La técnica consistente en suturar la incisión uterina en una sola capa, aparte de ser simple, segura y efectiva, reúne la principal ventaja de ahorrar tiempo durante la operación; además de disminuir la incidencia de complicaciones postoperatorias, comparada con la histerorrafia -- más usualmente utilizada en tres capas. El método simplemente incluye la sutura de la incisión uterina de un extremo al otro en una sola capa, con sutura continua de -- catgut crómico número 2. Se inicia en un ángulo y termina en el otro. Esta sutura continua engloba el grosor total de los dos márgenes de la herida uterina y el peritoneo -- visceral del segmento uterino inferior (1).

Han sido escritas en la Literatura mundial algunas técnicas diferentes para suturar el segmento uterino inferior. Berckerley y Boney (4) describieron la histerorrafia del segmento inferior con suturas interrumpidas de catgut, -- reforzadas por un segundo plano. Estas suturas no abarcaban el endometrio. El peritoneo, después era suturado con catgut en forma continua.

Gibberd (6), utilizó catgut No. 3 a intervalos de un tercio de pulgada teniendo cuidado de incluir los ángulos -- extremos de la incisión. Una segunda capa de tejido conectivo, se colocaba encima de la línea de incisión en una sutura continua de Lambert y finalmente, una sutura continua en la incisión peritoneal.

En base a histerogramas, se ha encontrado que el contorno de la unión cérvico-istmica ha tenido defectos de varios tipos en 82% de los casos, en los cuáles la incisión uterina fué cerrada en dos capas de sutura continúa.

Algunos autores ha reportado la incidencia de defectos en la cicatrización, oscilando entre el 50% y al 100% (10).

Comparada con la sutura continúa, la sutura interrumpida del segmento uterino en una sólo capa, sin incluir la decidua, mostró deformidades en 26% de los casos; los cuáles fueron considerados de menores a moderados (10).

Baker (2) Poldevin (13) y Barn (3) encontraron defectos - en 26%, 25% y 30% de sus casos respectivamente. Mejores resultados han sido encontrados por Grenhill (7) quién no encontró ni un sólo defecto en el 52% de sus pacientes, - después de usar la técnica de sutura interrumpida en un - sólo plano.

Brewer (5) y Percival (12) recomendaron el cierre de la --
incisión uterina en tres capas: a) sutura continua de ---
catgut crómico fino, en la músculo-decídua, b) sutura de
catgut interrumpido en la músculo-fascia y c) sutura de
catgut crómico fino; continua, con aguja atraumática para
el peritoneo.

Harley (9) también enfatiza que el útero debe ser cerrado
en capas, y recomendó una sutura continua en el segundo -
plano, para mejor aposición y hemostasia.

Los objetivos de cerrar el útero en una operación cesárea
son dobles:

- 1.- Inhibir el sangrado que constituye el objetivo inme--
diato y
- 2.- Asegurar una cicatriz fuerte que forma el objetivo a-
largo plazo.

La histerorrafia en una sola capa con sutura interrumpida,
representa una atractiva opción sobre la histerorrafia --
convencional; tiene sus beneficios, además, evita la ----
isquemia de la herida, la infección y la formación de he-
matomas.

Hay una ventaja muy importante de la histerorrafia en un-
plano con sutura interrumpida, sobre la sutura en plano -
convencional; consistente en un número muy alto de histe-
rogramas normales, demostrando excelente integridad de la
cicatriz del útero.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cierre de la Histerorrafia en una capa, ofrece mejores beneficios para la cicatrización del útero que el cierre en dos capas?

HIPOTESIS ALTERNA: El cierre de la Histerorrafia en una - capa, ofrece mejores beneficios para la cicatrización del útero que el cierre en dos capas.

HIPOTESIS N U L A: El cierre de la Histerorrafia en una - capa, ofrece iguales beneficios para la cicatrización del útero que el cierre en dos capas.

O B J E T I V O

Establecer los beneficios en la cicatrización uterina --
lograda mediante la sutura de la histerotomía en un sólo
plano, con puntos separados.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital " Dr. Luis Castelazo Ayala " del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una población de pacientes cuyas edades fueron de 18-24 años; a quienes se les practicó operación cesárea cuyos embarazos fueron normoevolutivos; fetos vivos y edad gestacional de término, con trabajo de parto espontáneo.

El cierre de la histerorrafia se realizó con catgut crómico del número 1 con puntos separados abarcando fascia y miometrio, respetando decidua. La distancia entre cada punto fué de un centímetro. Los vasos sangrantes miometriales que ameritaron hemostasia fueron ligados en forma individual.

El periodo postoperatorio intrahospitalario fué seguido estrechamente y a los tres meses posteriores a la cirugía, se les realizó Histerosalpingografía para comprobar la integridad o defectos en la cicatrización del segmento uterino.

A todas las pacientes se les explicó en qué consistía este estudio, informándoles que se les realizaría una Histerosalpingografía a los tres meses, estando de acuerdo.

CRITERIO DE INCLUSION. Pacientes primigestas cursando con embarazo de término, normoevolutivo, con iniciación de -- trabajo de parto espontáneamente, presentación cefálica, edad de la paciente de 18-24 años y ruptura prematura de membranas menor de 8 Hrs.

CRITERIOS DE EXCLUSION. Pacientes primigestas con ruptura prematura de membranas mayor de 8 Hrs; situación anormal del feto, toxemia, inducción de trabajo de parto. pacientes que no acudieron al estudio.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio Preliminar, Prospectivo, Longitudinal Observacional.

Se anexa hoja de datos.

HOSPITAL DR. LUIS CASTELAZO AYALA
HOJA DE CAPTACION DE DATOS: HISTERORRAFIA EN UN SOLO PLANO EN OPERACION CESAREA.

FECHA DE LA CIRUGIA.....
NOMBRE DE LA PACIENTE.....
NO. DE AFILIACION.....
EDAD DE LA PACIENTE.....
DIRECCION.....
TELEFONO.....
ORIGINARIA.....
CLINICA DE ADSCRIPCION.....

ESTUDIO REALIZADO EN PRIMIGESTAS.

FUR.....
RITHO MENSTRUAL.....
EDAD GESTACIONAL.....
METODO ANTICONCEPTIVO PREVIO AL EMBARAZO.....
CONTROL PRENATAL.....SI.....NO.....
EMBARAZO NORMOEVOLUTIVO...SI.....NO.....
ANTECEDENTE DE RPM.....SI.....NO.....
HRS. DE EVOLUCION DE RPM PREVIOS A LA INTERRUPCION DE -
EMBARAZO.....
INDICACION DE CESAREA:.....MATERNA.....FETAL.....¿CUAL?.....
TIPO DE HISTERORRAFIA.....CONVENCIONAL.....UN PLANO...
TIPO DE ANESTESIA BPD
EVOLUCION POSTQUIRURGICA...SATISFACTORIA...INSATISFACTO
RIA.....
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.....
FECHA DE CITA PARA REALIZACION DE HISTERORRAFIA.....

RESULTADOS

En este estudio preliminar, de 9 pacientes la edad varió de 18-24 años, en donde la media de edad fué de 20.1 años; y la moda de edad fué de 18 años. Ver tabla 1.

La indicación de operación cesárea más frecuente fué DCP (Desproporción Céfalopélvica), con cuatro casos, los cuales representan el 46.4%. Seguido de tres casos con -- Sufrimiento Fetal Agudo: 33.3%; y una paciente la cual cursó con Ruptura Prematura de Membranas menor de 6 Hrs, con -- cérvix desfavorable; y la última paciente cursó con falta de progresión de Trabajo de Parto secundario a Distancia de Contracción. Ver tabla 1.

T A B L A 1

CASO	EDAD	INDICACION
1	18 A	DCP
2	19 A	SFA
3	24 A	DCP
4	18 A	SFA
5	21 A	DCP
6	18 A	SFA
7	24 A	RPM: 6 Hrs; Cérvix Desfavorable
8	19 A	Falta de progresión de T. de P.
9	20 A	DCP

La edad gestacional vari6 entre 37-41 semanas por ameno-
rrea confiable, d6nde la edad gestacional promedio fu6 -
de 39.2 semanas. Ver tabla 2.

Los d1as de estancia intrahospitalaria en 5 casos fu6 de
tres d1as, y s6lo en una paciente fu6 de 4 d1as como me-
dida preventiva por el antecedente de haber cursado con-
ruptura Prematura de Membranas de menos de 6 hrs. Todas-
las pacientes recibieron el esquema habitual de tres do-
sis de 1 gr. IV de cloramfenicol cada 8 hrs. Ver tabla 2.

T A B L A 2

CASO	SEMANAS DE GESTACION	ESTANCIA INTRAHOSP.
1	40	3 D1as
2	39	3 D1as
3	40	3 D1as
4	39	3 D1as
5	38	3 D1as
6	39	3 D1as
7	37	4 D1as
8	41	3 D1as
9	40	3 D1as

El control posterior a los tres meses de postoperada, con estudio Radiológico (HISTEROSALPINGOGRAFIA) se realizó en ocho pacientes, ya que en una de ellas se diagnosticó embarazo lo cual contraindicó el mismo.

En siete casos fué reportada como normal, lo cuál representa el 87.5%.

Sólo un caso: 12.5% reportó una alteración consistente en dilatación Istmo-cervical de 1.0 cm. Ver tabla 3.

T A B L A 3

CASO	HISTEROSALPINGOGRAFIA
1	No realizada: Embarazo 6 semanas
2	Normal
3	Normal
4	Normal
5	Diámetro Istmico-Curv. Dilatado (1.0 cm.)
6	Normal
7	Normal
8	Normal
9	Normal

CONCLUSIONES

En el presente estudio observamos que en el postoperatorio inmediato y mediano no se presentó ningún caso de morbilidad (dehiscencia de la histerorrafia), ni complicaciones infecciosas principalmente.

No se prolongó el tiempo de estancia intrahospitalaria.

Sólo una Histerosalpingografía de 8 casos, mostró alteraciones consistentes en dilatación del diámetro ístmico -- cervical de 1.0 cm., lo cuál es menor que los reportes de la literatura mundial: 26% (reporte Bibliografía 10). Nuestro hallazgo fué del 12.5%

COMENTARIO: Este es un reporte preliminar que servirá de base para un estudio más a fondo, en el cuál se corrobore que la Histerorrafia en un sólo plano constituye una mejor alternativa para el cierre de la histerotomía tipo -- Keer.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aust NZJ : A new technique for closure of -
the uterus at Caesarean Section.
Obstet Gynaecol: 25:159-169.
- 2.- Baker K : Vaginal delivery after lower uterine
caesarean section surg. --
Gynaecol Obst: 1955: 100;690.
- 3.- Barns M. Jhonson AC: J. Obstet Gynaecol India: 1968;-
18:649
- 4.- Berkeley Sir Comyns
and Boney V.A. : Text Book of Gynaecological Sur-
geery: 4 Th edition, London New-
York, Toronto an Melbourne, ----
Cassel Company Ltd: 1944;18:428-
469.
- 5.- Brews A Holland Brews
Manual Of Obstetrics: 12 th Edition, London, J. and A
Churchill Ltd: 1963; 6;576-661.
- 6.- Gibberd G : A short Textbook of Midwifery,8
th edition, London J. and A. ---
Churchill Ltd: 1955; 26:394-424.
- 7.- Greenhill J P : The year book of obstetrics and
gynaecology, year book of medi-
cal publishers, Chicago, 1966.

- 8.- neeoadr M, Landy LE: Chahnging Indications for caessa-
rean section; a 38 year experien
ce At a community hospital Obs--
tet Gynecol: 1978; 51: 133.
- 9.- Harley JMG : Clinics and Obstetrics and Gynae
cology (operative obstetrics),
London, Philadelphia, Toronto W,
B Sanders Company LTD: 1980;5: -
529-559.
- 10.- K. Lal And P.Tsomo: Comparatieve estudy of single la
yer and conventional closure of
uterine incision in Cessarean --
section Int. J. Gynecol obstet:-
1988; 27: 349-352
- 11.- Lehman DK, Hable JM
Jr. et al : The epidemiology and pathology of
maternal mortality: Charity hospi-
tal of Louisiana in New Orleans,
1965-1984; Obstet Gynecol 1987;-
69:833
- 12.- Percival R Holland
and Brews : Manual of Obstetrics, 14 th Edi-
tion Edinburgh, London and New -
York, Churchill Livingstone:1980;
5: 529-559.
- 13.- Poidevin LOS: The value hysteroagraphy in the pre
diction of cessarean wounf defect,
Am J Obstetec Gynaecol: 1961 81;67.

- 14.- Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF : Williams Obstetrics 17 East Norwalk. CT Appleton-century: 1985 pp 871-878.
- 15.- Rosen MG, Alper MH, Cefalo RC, et al : Consensus development conference on cesarean childbirth. Bethesda, Maryland National Institutes of Health: 1980:821.
- 16.- Temas actuales : Cesárea; Ginecología y Obstetricia: 198; 4: 592.
- 17.- Young JH : The history of cesarean sections: London. HK Lewis 1944