

11217  
10  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

## "CESAREA HISTERECTOMIA, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DENTRO DEL INPer"

*[Signature]*  
DR. SAMUEL KARCHMER K.  
DIRECTOR GENERAL  
PROFESOR TITULAR

*[Signature]*  
DR. JESUÁ GARCÍA SEGURA  
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y  
EDUCACIÓN PROFESIONAL

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

**DRA. ARZOLA PANIAGUA MA. ANGELICA**

Asesor de Tesis: Dr. Carlos Neri Méndez

Dr. Carlos Quesnel García-Benítez



INPer

MEXICO, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1993



## **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
DEFINICION.....	2
MARCO TEORICO.....	3
OBJETIVOS.....	28
MATERIAL Y METODOS.....	29
RESULTADOS Y TABLAS.....	31
ANALISIS.....	49
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	56

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

En la practica obstétrica actual, la cesárea hysterectomía se realiza con éxito debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, nuevos antibióticos, y mejoramiento en las técnicas de asepsia y antisepsia.

Su frecuencia se ha reportado desde el 1.07% hasta el 8.7%. La hysterectomía obstétrica realizada en una situación de urgencia debe ser un método indiscutible.

A pesar de ser un procedimiento relativamente antiguo en las últimas 3 décadas se han publicado reportes de grandes series con la finalidad de mejorar dicha cirugía y sus indicaciones.

La cesárea hysterectomía surge como una medida terapéutica ante una complicación obstétrica.

Mediante esta revisión se pretende conocer la experiencia institucional en la realización de cesárea-hysterectomía, su frecuencia, indicaciones, factores de riesgo y complicaciones.

## D E F I N I C I O N

La palabra histerectomía se forma de las siguientes raíces griegas; "isteros" que significa útero, y "extomía" que significa extirpación.

La cesárea histerectomía es la extirpación del útero en el mismo acto quirúrgico en que se practica la cesárea y con el mismo procedimiento anestésico.

## M A R C O T E O R I C O

Dentro de la evolución de la cesárea hysterectomía, Durffee y otros investigadores habían sugerido la extirpación del útero en el momento de la cesárea para salvar la vida de la paciente grávida.

El primer cirujano que ejecutó una cesárea con hysterectomía en una paciente viva fue Eduardo Porro.

En 1768 Joseph Cavallini describió la cesárea hysterectomía en animales de laboratorio.

Horatio Stoner en 1869 realizó la primera intervención quirúrgica en una paciente viva, sin embargo murió 3 días después de la operación. Siete años más tarde, Eduardo Porro publicó la técnica detallada de la primera cesárea con hysterectomía en la cual madre e hijo sobrevivieron.

Muller de Berna, 2 años más tarde, publicó una modificación a la técnica de Porro que consistía en extraer el útero de la cavidad peritoneal y elevarlo sobre la pared abdominal antes de practicar la incisión de hysterectomía.

En 1881 Richardson utilizó la técnica de Muller aplicando además un asa metálica bien apretada alrededor del cuello, a nivel del orificio cervical interno para garantizar la hemostasia.

En ese mismo año, Spencer Wells realiza la primera cesárea histerectomía total, ya que todas las previas se habían realizado en forma subtotal.

En 1884, Gordon en Gran Bretaña informó de la primera cesárea histerectomía con una incisión uterina transversa baja.

En 1900 Red en Estados Unidos publicó las siguientes indicaciones para el método de Porro:

1. Todos los casos en que debido a las condiciones generales , está indicada operación cesárea y además es requerida la resección del útero.
2. En los casos de feto muerto e infección del útero
3. Atresia extensa de la vagina, que impide la expulsión de loquios.
4. Cáncer de cuello uterino.

5. Atonía uterina ó hemorragia incontrolable a nivel de la placenta.
6. Casos de ruptura del útero en los cuales las suturas no brindan garantía alguna de resistencia.

En 1935, algunos investigadores empezaron a sugerir la aplicación cautelosa de las indicaciones para histerectomía después de la operación cesárea.

Dos años mas tarde Wilson citó al mioma uterino, la hemorragia incontrolable, infección durante el parto y esterilización como indicaciones aceptables para cirugía.

Pletsch y Sandberg tratando de poner objetividad a las indicaciones de la cirugía, las dividieron en electivas; aquellas operaciones ejecutadas con fines de esterilización, e indicadas; para las operaciones efectuadas con motivo de urgencias obstétricas que ponen en peligro la vida, o para tratamiento de padecimientos ginecológicos coexistentes.

En la actualidad las indicaciones se dividen en 3 grupos:  
absolutas, relativas y electivas.

Dentro del Instituto Nacional de Perinatología se clasifican  
en la siguiente forma:

**A B S O L U T A S:**

- Hemorragia uterina incontrolable
- Prolongación de histerorrafia
- Atonia uterina
- Placenta previa con lecho  
  sangrante
- Acretismo
- Desgarro de comisuras o histerorrafia
- Couvaliere

R E L A T I V A S:

- Miomatosis
- N.I.C.
- Tumor ovárico
- Endometriosis pélvica

La cirugía obstétrica moderna, con su técnica aséptica, disponibilidad de antibióticos, ha reducido la morbimortalidad materna a proporciones que han permitido ampliarlas indicaciones de la cirugía hasta situaciones que no son de urgencia.

Pocos investigadores rebaten las indicaciones clásicas de hemorragia profusa de una ruptura uterina, atonia uterina resistente a tratamiento o coiroamnioftis grave.

Las dudas acerca de las indicaciones de la cesárea hysterectomía surgen cuando se propone para tratar problemas menores o únicamente esterilización.

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó un estudio de cesárea hysterectomía de 1986 a 1988, encontrando como indicaciones de esta cirugía en orden de frecuencia: acretismo placentario, atonía uterina, útero de couvaliere, prolongación de histerorrafia, y ruptura uterina. ( 3 )

Estas indicaciones coinciden con las encontradas por otras instituciones de salud como las más frecuentes. ( 4, 5, 6, 7, )

A continuación se describen algunas de las principales indicaciones para la operación cesárea y que frecuentemente se asocian a hysterectomía.

### **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta**

Es la separación parcial ó total de la placenta normalmente insertada, siempre y cuando ocurra después de la semana 20 de gestación y antes del tercer período de trabajo de parto. (11)

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta ocurre antes del parto con una frecuencia de uno por cada 75 a 90 partos, y la mortalidad perinatal se encuentra reportada en el 20 a 35% de los casos.

Debido a esta patología, los fetos pueden tener importantes complicaciones como ha reportado Abdella y colaboradores, presentando deficiencias neurológicas, durante el primer año de vida.

En cuanto a su causa primaria, esta se desconoce, pero ha sido relacionada con lo siguientes factores:

- Hipertensión en el embarazo
- Traumatismo
- Descompresión uterina brusca

- Cordón umbilical corto
- Anomalia ó tumor uterino
- RPM en el embarazo de pretérmino
- Consumo de cocaína
- Deficiencias alimentarias

En mujeres con desprendimiento placentario previo, el riesgo de repetición en un embarazo es mucho mayor que para la población general.

Se ha encontrado que los factores de riesgo mas asociados como la hipertensión, el tabaquismo y el antecedente de desprendimiento placentario, no están presentes en el 40% de las pacientes con desprendimiento placentario, asociándose en estos casos a corioamnioitís subclínica. ( 24 )

La hemorragia es la manifestación más importante.

Puede ocurrir desprendimiento total de la placenta sin que el sangrado se haga evidente, situación que favorece la reposición de sangre tardía y el desarrollo de coagulopatía de consumo entre otras complicaciones.

Cardwell (12), menciona que la hemorragia consecutiva al desprendimiento placentario ha sido asociada con muerte fetal anteparto, anemia neonatal, choque anafiláctico de la madre y sensibilización al sistema rh y otros grupos sanguíneos.

Desde hace mucho tiempo se ha pensado que la hemorragia uterina dolorosa equivale a desprendimiento prematuro de placenta, y la que no genera dolor equivale a placenta previa, sin embargo el diagnóstico diferencial no es tan sencillo. El cuadro clásico se caracteriza por dolor, choque rigidez uterina y obito.

#### C o m p l i c a c i o n e s :

##### Coagulopatía de consumo

La causa más común de coagulación intravascular diseminada durante el embarazo es el DPPNI. El 30% de las pacientes con desprendimiento y obito cursan con hipofibrinogenemia (menos de 150/100 ml) y aumento en los productos de degradación de fibrinógeno-fibrina con disminución de otros factores de la coagulación.

El principal mecanismo en el inicio de los defectos de la coagulación es el depósito de fibrina entre la placenta y la cavidad uterina.

Por otro lado, la activación del plasminógeno en plasmina conserva el libre tránsito de la microcirculación, por lisis de los microémbolos de fibrina.

#### Insuficiencia renal

Esta se advierte en los desprendimientos amplios de placenta, cuando la hipovolemia se trata tardíamente ó en forma incompleta.

La disminución importante del riego renal por la hipovolemia aunado a la disminución del gasto cardíaco y espasmo de vasos intrarrenales trae como consecuencia la necrosis tubular aguda.

#### Utero de couvaliere

Es la forma más grave de infiltración uterina con extravasación extensa de sangre dentro del miometrio y debajo de la serosa del útero.

Esta extravasación también se observa entre los planos de la serosa de las trompas, en tejido conectivo de los ligamentos anchos, y en el parénquima de los ovarios, así como en forma de sangre libre en cavidad peritoneal ( por hemorragia uterina a través de los oviductos).

## Placenta previa

La placenta previa es una condición en la que con base al sitio de implantación del blastocisto, la placenta madura obstruye, ó está muy cerca del orificio cervical interno del cuello uterino. El signo más clásico común es la hemorragia indolora del tercer trimestre. Así, se han definido 4 categorías de esta patología: ( 11 )

1. Inserción Baja; el borde placentario se encuentra en el segmento inferior a menos de 7 cm. del orificio cervical interno.
2. Marginal; el borde placentario alcanza los márgenes del orificio cervical interno.
3. Central parcial; la placenta cubre al orificio cervical interno cuando el cuello se encuentra cerrado, pero con una dilatación igual ó mayor a 3 centímetros solo lo cubre parcialmente.
4. Central total; la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aún con dilatación avanzada.

Las anomalías de la vascularización endometrial, y el traumatismo previo al endometrio ó miometrio son factores que influyen en el sitio de implantación y alteran la fisiología del segmento uterino inferior favoreciendo la aparición de placenta previa.

El riesgo de placenta previa aumenta significativamente en multiparas en quienes se ha practicado una cesarea previa, y es mayor si el embarazo se produce inmediatamente después de otro en el que se realizó cesárea, relacionándose la falta de desarrollo apropiado del segmento uterino inferior, y la incapacidad de la placenta en situación baja para ascender en el tejido cicatrizal.

Se reporta una incidencia de 0.4% a 0.6% de todos los nacimientos.

En grandes multiparas la tasa puede llegar al 5% y en nuliparas a 0.2%. La tasa de recidiva es del 4 a 8%.

Sin embargo, dentro de la semana 18 a 24 la incidencia de placenta con inserción fáltsamente baja es hasta del 5% cuando se realizan ultrasonidos seriados hasta el término del embarazo. ( 17 )

El Ultrasonido abdominal constituye el procedimiento básico para su diagnóstico, con una precisión diagnóstica del 95%.

Cuando se realiza cesárea por placenta previa después de una cesárea anterior, aumenta el riesgo de hemorragia y acretismo placentario.

## Placenta acreta, increta, y percreta

Es una forma anormal de adherencia placentaria y se clasifica de la siguiente forma: accreta, es la adherencia de una parte o la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin llegar al miometrio. Increta, es una variedad de acretismo en la cual las vellosidades alcanzan el miometrio. Percreta, es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero.

Por su extensión se reconocen los siguientes tipos:

Focal: solo áreas pequeñas.

Parcial: uno ó mas cotiledones se involucran en el proceso.

Total: toda la superficie de la placenta está anormalmente adherida.

El signo patológico es la ausencia de decidua basal, y a menudo tampoco surge la capa basal de Nitbuch.

Su incidencia va de un caso en 2000 a un caso en 3570.

- Factores de riesgo:
- paridad ( 2 ó 3 partos )
  - edad ( 30 a 35 años)
  - placenta previa en otra ocasión  
y cesárea anterior ( 35% )
  - antecedente de legrado ( 18 a 60% )
  - extracción manual de la placenta en otra  
ocasión
  - placenta retenida previamente
  - infección

Irving y Hertig encontraron que los principales factores etiológicos fueron la extracción manual de la placenta, sepsis uterina y legrado uterino. ( 14 )

La placenta accreta es la forma más común de placenta adherida anormalmente.

Fox publicó una revisión extensa de los casos de placenta accreta reportados durante un período de 25 años y encontró que los 2 factores etiológicos más importantes fueron la placenta previa y la cesárea previa. ( 14 )

Dada la bien establecida relación de la placenta acreta con una cicatriz uterina ( 25 a 30% de los casos) el aumento en la frecuencia de cesárea durante la década pasada y actual, son acordes con el aumento en la incidencia de acretismo placentario. ( 18 )

Esta entidad se diagnostica con mayor frecuencia en el tercer período de trabajo de parto, y después del alumbramiento, con un 39 a 64% de hemorragia post parto por placenta acretismo placentario.

Dentro de la literatura se han reportado severas complicaciones obstétricas después del tratamiento del síndrome de Asherman como lo es la placentación anormal.(19 )

Desde el punto de vista microscópico, el diagnóstico se hace al corroborar la ausencia de decidua basal con invasión profunda del miometrio.

La estrecha relación de placenta previa y acreta se asocia con marcada predilección de la placenta para implantarse en la vecindad de una cicatriz uterina y para la invasión del miometrio por el trofoblasto. ( 20 )

El ultrasonido se utiliza para visualizar la interfase útero placentaria en el auxilio del diagnóstico de acretismo placentario.

Por lo tanto, las placentas de inserción baja (demostradas por US tempranos) que no migran a través del crecimiento diferencial y carecen de decidua basal, se adhieren al segmento cicatrizado y delgado que deja una cirugía previa.

( 14 )

La histerectomía está indicada en estos casos por hemorragia importante.

## **Ruptura del Utero**

La ruptura uterina consiste en la presencia de cualquier desgarro, efracción ó solución de continuidad supracervical en la viscera uterina, no considerando como tales a la ruptura por embarazo inetrsticial o a la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

Hellman hace la importante distinción entre ruptura uterina oculta ó incompleta, y verdadera ó completa, siendo la diferencia entre ambas su extensión a través del grosor completo del útero y la cubierta peritoneal.

La clasificación de la ruptura uterina en el embarazo ha sido hecha sobre bases anatómicas y etiológicas, estas últimas siendo por lo tanto más precisas.

La clasificación completa ha sido ofrecida por Felmus: ( 25 )

### **I. TRAUMATICA**

#### **a) Instrumental**

- 1. Sonda uterina ó legra**
- 2. Extracción manual de la placenta**
- 3. Maniobras abortivas**

#### **b) Violencia: directa ó indirecta**

c) Obstétrica

1. oxitocina, fórceps, extracción de nalgas
2. manipulación intrauterina: versión interna, fórceps, distocia de hombros.
3. presión sobre el fondo
4. craneotomía
5. DCP, situación trasversa.

II. ESPONTANEA (Antes ó durante el parto)

a) Cirugía uterina previa

1. cesárea (segmentaria baja ó clásica)
2. miomectomía
3. salpingectomía
4. legrado ó extracción manual de placenta

b) Sin cirugía previa

1. anomalía congénita del útero
2. embarazo cornual
3. mola hidatiforme ó coriocadenoma destruens
4. placenta percreta

La ruptura uterina varía de un caso en 6673 (0.02%) a un caso en 1230 (0.08%). Esta urgencia aumenta significativamente la morbilidad materna y fetal.

Los factores relacionados son:

- Antecedente de cesárea previa
- Uso iatrógeno de oxitocina
- Más de cuatro partos previos
- Desprendimiento placentario
- Nacimiento con forcéps medio
- Versión / extracción de nalgas

La causa más frecuente de ruptura uterina está asociada a cicatriz previa en 60% de los casos. ( 20, 21 )

Dentro de estos factores, el hecho de que se haya practicado una cesárea previamente, aumenta 6 veces la posibilidad de ruptura uterina, con una tasa de hasta 79%.

Esta tasa elevada posiblemente indique el número de pacientes con una incisión del segmento superior y no del inferior.

Se ha descrito a la multiparidad como un factor de riesgo para la ruptura uterina, pensándose que después de varios partos el útero tiene menor resistencia y es más distensible, de este modo, más susceptible a los desgarros y ruptura.

El mal uso de oxitocina durante el trabajo de parto en el estudio de Farmer y cols. se asocia en un 74% a ruptura uterina. ( 22 )

La ruptura uterina, en las pacientes con más de 3 partos previos varía de 21 a 30%.

Rodriguez y colaboradores demostraron que el signo y síntoma más común es la aparición repentina de sufrimiento fetal en el trabajo de parto. ( 23 )

Meehan y cols. confirman este criterio y enfatizan la necesidad de una supervisión estrecha y monitoreo de estas pacientes durante el trabajo de parto. ( 22 )

El signo patognomónico es el dolor abdominal.

El tratamiento básico de una paciente con ruptura uterina es la cirugía. Sin embargo, el caso debe ser siempre individualizado y ser independiente del tipo, localización y extensión de la laceración. ( 17 )

## C O R I O A M N I O I T I S

Es un proceso inflamatorio de tipo infeccioso, que se extiende al córion, amnios, y feto.

La repercusión perinatal de la corioamnioítis, se basa principalmente en las complicaciones que pueden presentarse, como amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y afección placentaria, las cuales aumentan el riesgo de la morbimortalidad materno fetal.

Su incidencia es difícil de establecer, ya que no existe correlación directa entre la clínica y la demostración histopatológica y bacteriológica.

Los factores más importantes son: la virulencia del germen, la cantidad del inóculo y su capacidad para romper las membranas, por lo que los agentes etiológicos más frecuentemente involucrados son aquellos que tienen factores de superficie, lo cual les permite adherirse a las membranas, por lo que destacan *E. coli* y estreptococo.

En 1985 fue publicada la escala de puntuación de Nancy Hard para diagnóstico de corioamnioítis, en donde seis o mas puntos fundamentan el diagnóstico.

- Temperatura materna mayor de 38	2 puntos
- Ruptura espontánea de membranas	2 puntos
- Confirmación histológica placentaria	2 puntos
- FC materna mayor de 100	1 punto
- FCF mayor de 160	1 punto
- Dolor a la movilización uterina	1 punto
- Actividad uterina espontánea	1 punto
- Leucocitosis mayor de 18,000	1 punto
- Cultivo positivo de sangre materna, endocervix o endometrio.	1 punto
- LA fétido	1 punto

Koh reportó que en pacientes con corioamnioítis, existe una incidencia de 25% de deciduoendometritis.

En la mayor parte de los casos de corioamnioítis, el proceso séptico puede dominarse en forma adecuada mediante el empleo juiciosos de medidas terapéuticas, y es la erradicación del foco séptico la más importante.

Las paciente con corioamnioititis deben ser valoradas considerando su grado de infección, gestaciones y paridad, para ser sometidas a histerectomía, dentro de las mejores condiciones y disminuir así su morbomortalidad.

En resúmen, ante cuadros de gravedad con infección materna severa y signos de choque séptico, la histeréctomía es el procedimiento de elección para resolverlos. ( 16 )

## O B J E T I V O S

1. Determinar la frecuencia con que se realiza la cesárea hysterectomía dentro del Instituto Nacional de Perinatología.
2. Identificar los factores asociados a esta cirugía.
3. Resaltar las indicaciones más frecuentes para cesárea hysterectomía.
4. Conocer la morbimortalidad de este procedimiento.
5. Establecer una correlación entre el cuadro clínico y los hallazgos anatomopatológicos.

## M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio retrospectivo de las cesáreas hysterectomías practicadas en el Instituto Nacional de Perinatología en un período de tiempo comprendido entre el 10. de enero de 1987 hasta el 31 de diciembre de 1991.

### UNIDADES DE OBSERVACION

Mediante un protocolo previamente establecido se tomaron como elementos de estudio los datos de expedientes clínicos que a continuación se señalan:

- Edad de la pacientes.
- Número de gestaciones.
- Número de partos, abortos y cesáreas previas.
- Semanas de gestación.
- Indicación de la cesárea.
- Indicación de la hysterectomía.
- Morbilidad trans y postoperatoria.
- Mortalidad encontrada.
- Correlación anatómica de las piezas quirúrgicas.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Se incluyen todas aquellas pacientes a las que se realizó cesárea histerectomía dentro del período establecido.

**POBLACION DE PACIENTES:**

Durante el lapso comprendido de 5 años se atendieron en el instituto:

31,135 Nacimientos totales

se realizaron:

13,200 cesáreas (42.4%)

y de estas

123 (0.93%) fueron cesarea histerectomía.

R E S U L T A D O S

TABLA No. 1

E D A D E S

GRUPOS DE EDAD	No. DE PACIENTES	%
14 a 20 años	2	1.6
21 a 30 años	41	33.3
31 a 40 años	74	60.2
más de 40 años	6	4.9
T O T A L	<u>123</u>	<u>100.0</u>

Edad de las Pacientes

La edad de las pacientes en el grupo estudiado osciló entre los 18 y 46 años. Las pacientes se dividieron en cuatro grupos, encontrando que el grupo predominante fue el de 31 a 40 años con 74 casos (60.1%), seguido por el grupo de 21 a 30 años con 41 casos (33.3%), teniendo los dos grupos restantes porcentajes similares.

# EDADES

---

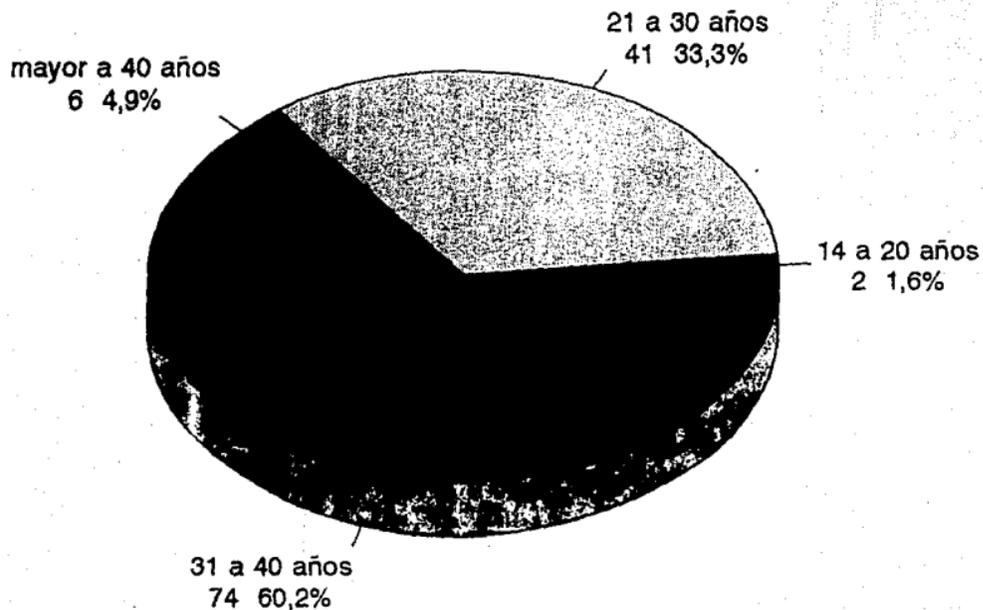


TABLA NO. 2

## NUMERO DE GESTACIONES

GESTACIONES	NO. DE CASOS	%
I	7	5.7
II	15	12.2
III	37	30.0
IV	24	19.5
V	17	13.9
VI ó mas	23	18.7
T O T A L	123	100.0

Número de gestaciones

De los 123 casos, el mayor porcentaje de las pacientes tenían entre 3 (30%) y 4 (19.5%) gestaciones, correspondiendo a las grandes multiparas el tercer lugar en frecuencia con 23 casos (18.7%).

TABLA NO. 3

NUMERO DE PARTOS PREVIOS

NO. DE PARTOS	NO. DE CASOS	%
1 a 3	43	82.7
4 a 6	6	11.5
7 a 9	0	0
mas de 10	3	5.8
TOTAL	52	100.0
PORCENTAJE (42.2%)		

Partos previos

De las 123 pacientes, 52 tenían partos previos, de las cuales, 43 pacientes tenían entre uno y tres partos (82.7%) constituyendo el mayor porcentaje de la tabla.

TABLA NO. 4

ABORTOS PREVIOS

NO. DE ABORTOS	NO. DE CASOS	%
1	28	50.0
2	16	28.6
3	4	7.1
4	4	7.1
5	2	3.6
6	1	1.8
7	1	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>
<b>PORCENTAJE (45.5%)</b>		

**Abortos**

de las 123 pacientes, 56 tenían el antecedente de aborto, ocupando el 50% la pacientes con un solo evento.

# ABORTOS PREVIOS

---

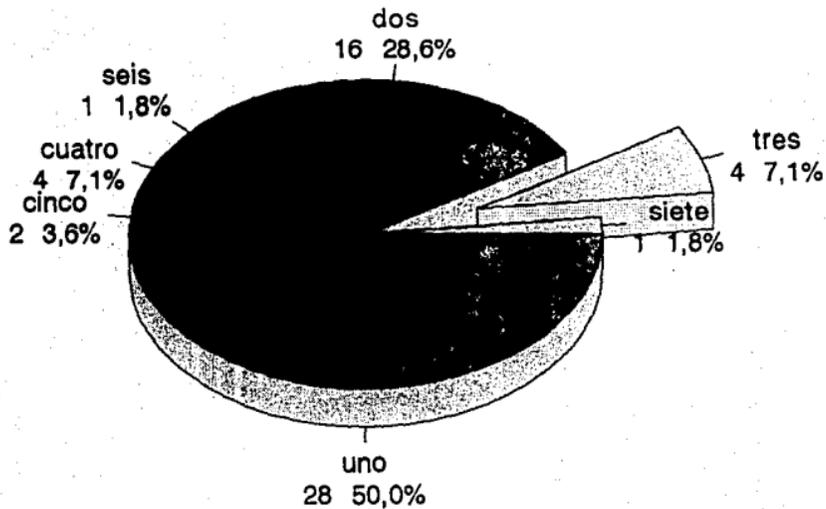


TABLA No. 5

ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

NO. DE CESAREAS	NO. DE CASOS	%
1	40	46.5
2	30	34.9
3	13	15.1
4	2	2.3
5	1	1.2
TOTAL	86	100.0
PORCENTAJE (70%)		

**Cesáreas**

Ocheinta y seis de las 123 pacientes tenían antecedente de cesárea previa, y de ellas el 46.5% cuando menos una cesárea.

# ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

---

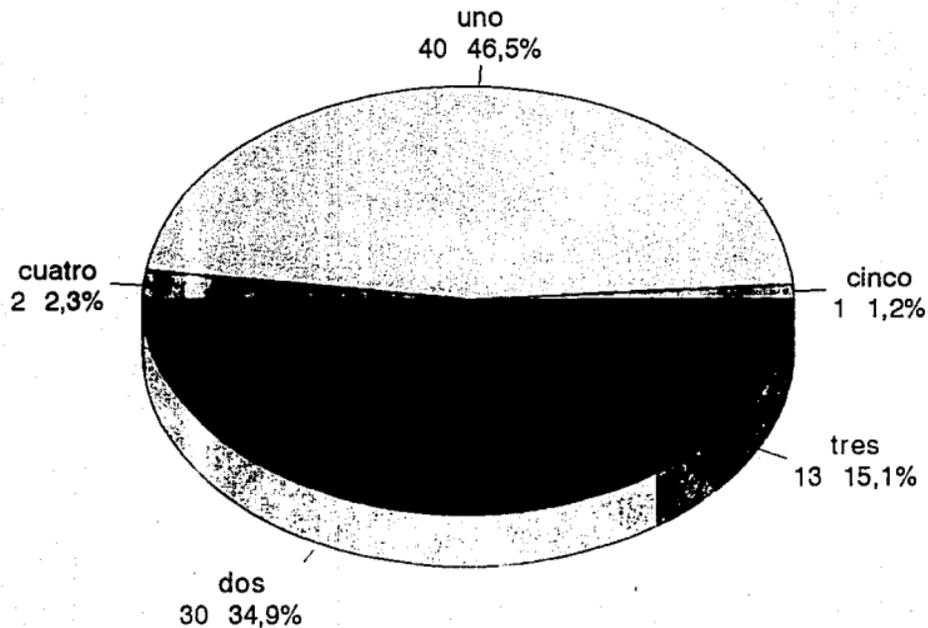


TABLA NO. 6

S E M A N A S   D E   G E S T A C I O N

SEMANAS	NO. DE PACIENTES
Hasta 27 semanas	3
28 a 36 semanas	50
37 a 42 semanas	65
más de 42 semanas	1
E G I	4
T O T A L	<u>123</u>

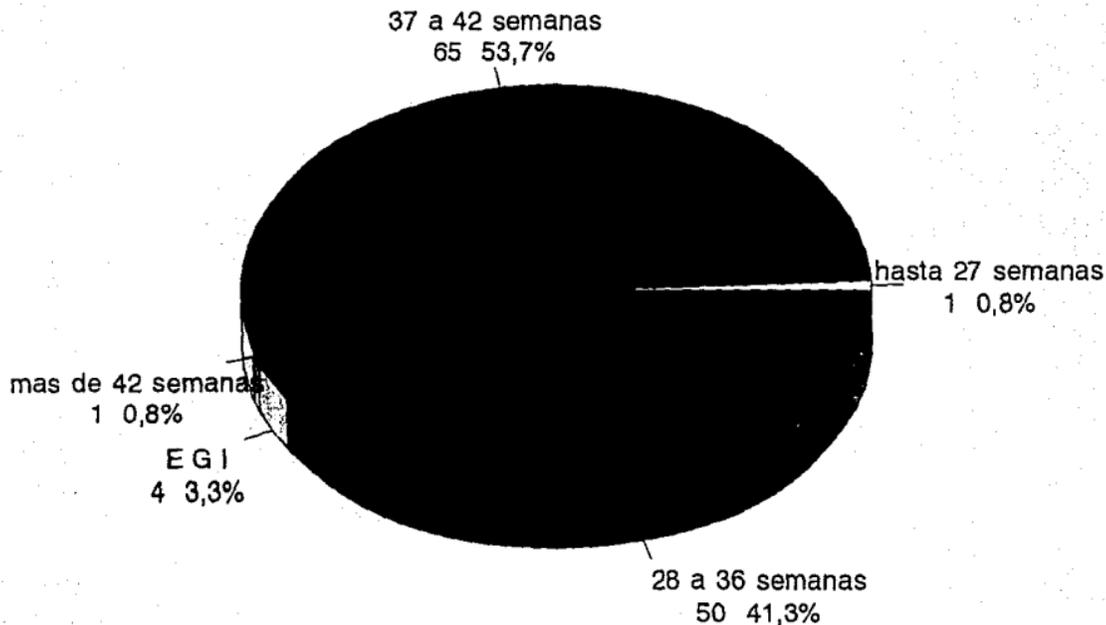
Semanas de gestación

La menor edad gestacional correspondió a un embarazo de 26 semanas y el mayor a 43 semanas, además de cuatro pacientes con edad gestacional incierta.

El mayor número de pacientes (65) correspondió a embarazos de término.

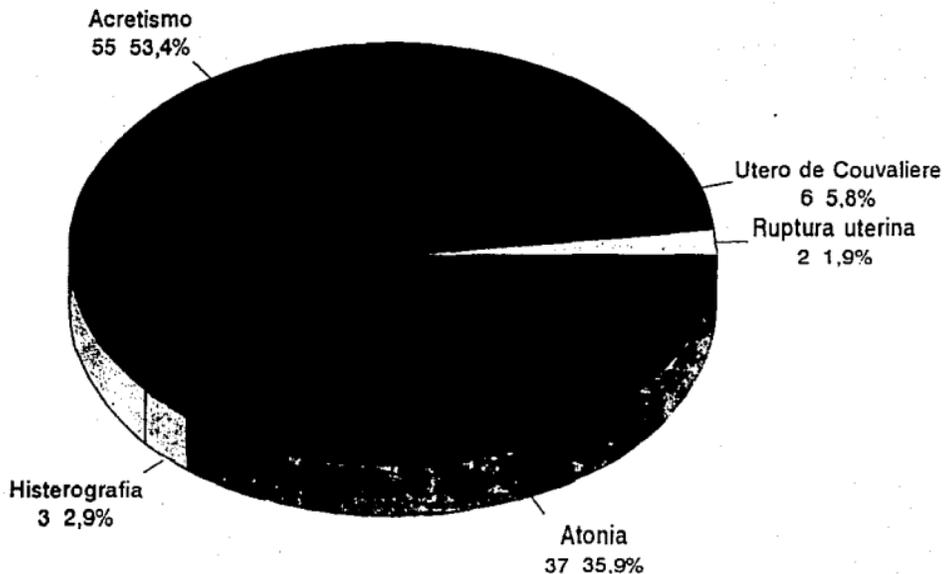
# SEMANAS DE GESTACION

---



# INDICACION PARA HISTERECTOMIA

---



### Indicaciones para cesárea

Las indicaciones primarias que determinaron la interrupción del embarazo vía abdominal se muestran en la tabla No. 7, donde el grupo más numeroso correspondió a placenta previa con un 24.4%, seguido por la cesárea iterativa con un 22.8%, las demás indicaciones presentaron una frecuencia similar.

TABLA NO. 7

INDICACION DE CESAREAS

INDICACION	NO. DE CASOS	%
Placenta Previa	30	24.5
Iterativa	28	22.8
Pre-eclampsia severa	6	4.9
Desproporción Cefalopélvica	6	4.9
D.P.P.N.I.	6	4.9
Miomatosis Uterina	5	4.1
Embarazo Múltiple	5	4.1
P.I.B. sangrante	5	4.1
Baja Reserva Fetal	4	3.3
Sufrimiento Fetal Agudo	3	2.4
Antecedente de Corporal	3	2.4
Situación Transversa	3	2.4
Compromiso de histerorrafia	3	2.4
Postérmino	2	1.6
RPM y cervix desfavorable	2	1.6
Ruptura uterina	2	1.6
Antecedente de Metroplastía	2	1.6
R C I U	2	1.6
Presentación pélvica	2	1.6
Carclaje Shirodkar	1	0.8
Disgerminoma	1	0.8
Condiloma	1	0.8
Electiva	1	0.8
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.0</b>

### Indicaciones para histerectomía

Las indicaciones para histerectomía se agruparon en absolutas, relativas y electivas.

Por indicación absoluta se encontraron 103 casos en donde el acretismo se encontró en 55 de ellos, seguido por atonía uterina con 37 casos y útero de Couvaliere que no respondió a manejo médico en 6 casos.

Por indicación relativa se encontraron 15 casos, siendo la miomatosis con 7 casos la indicación más frecuente, seguida la neoplasia intraepitelial cervical con 3 casos, y el hematoma del ligamento ancho con 2 casos.

Se realizaron 5 cesáreas histerectomías electivas por paridad satisfecha, aunque como ya fue mencionado, este grupo no está aceptado dentro del instituto.

TABLA NO. 8

INDICACION PARA HISTERECTOMIA

A B S O L U T A S	NO. DE PACIENTES
Acretismo	55
Atonia	37
DPPNI y Utero de Couvaliere	6
Desgarro de comisuras ó histerorrafia	3
Ruptura uterina	2
TOTAL	103
PORCENTAJE (83.7%)	

TABLA NO. 9

INDICACION PARA HISTERECTOMIA

RELATIVAS	NO. DE PACIENTES
Miomatosis	7
N I C III	3
Hematoma del Ancho	2
Disgerminoma	1
Endometriosis	1
Coriarniicitis	1
TOTAL	15
PORCENTAJE	(12.1%)

# INDICACION PARA HISTERECTOMIA

---

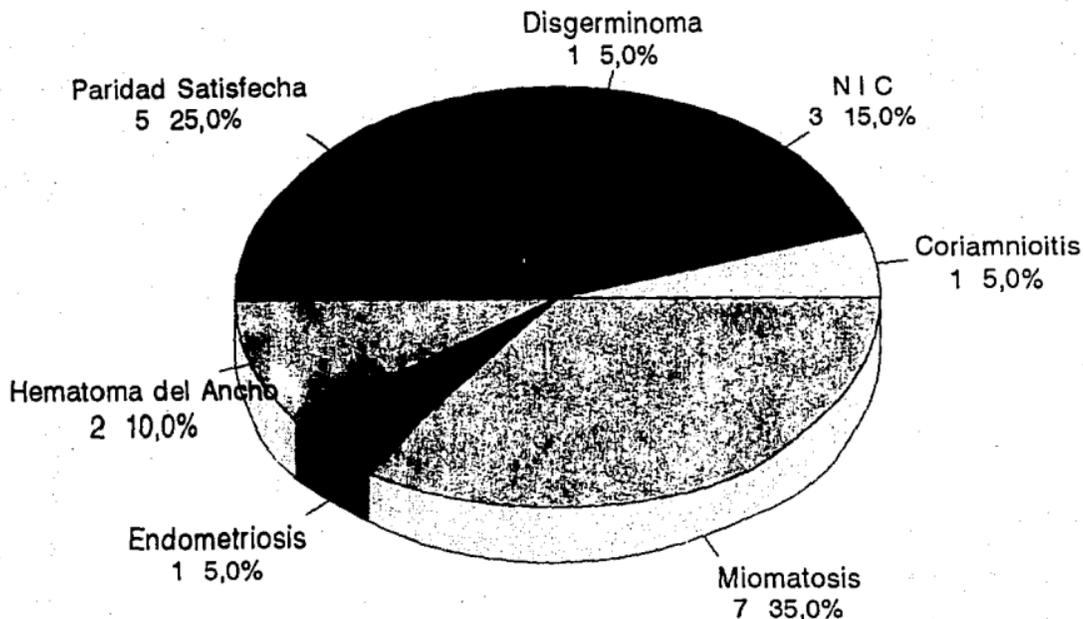


TABLA NO. 10

INDICACION PARA HISTERECTOMIA

E L E C T I V A S	NO. DE PACIENTES
Paridad Satisfecha	5
TOTAL	5
PORCENTAJE 4%	

## Morbilidad

Las complicaciones que presentaron las pacientes se agruparon en trans y postoperatorias.

Dentro del grupo de las transoperatorias hubo 28 casos de los cuales 13 tuvieron choque hipovolémico, 6 con lesión vesical y 3 hicieron hematoma de ligamento ancho.

En el grupo de complicaciones postoperatorias hubo 22 casos, de los cuales 5 tuvieron absceso de cúpula y el mismo número de casos cursaron con síndrome anémico secundario.

Se reportaron 2 casos de fístula ureteral.

No se encontró mortalidad en el estudio.

TABLA NO. 11

M O R B I L I D A D

TRANSOPERATORIA	NO. DE PACIENTES
Choque Hipovolémico	13
Lesión Vesical	6
Hematoma del Ancho	3
Lesión Ureteral	2
Paro Cardiorespiratorio	2
Hemoperitoneo	1
Desgarro Comisural	1
TOTAL	28
PORCENTAJE	(22.7%)

# MORBILIDAD

## TRANSOPERATORIA

---

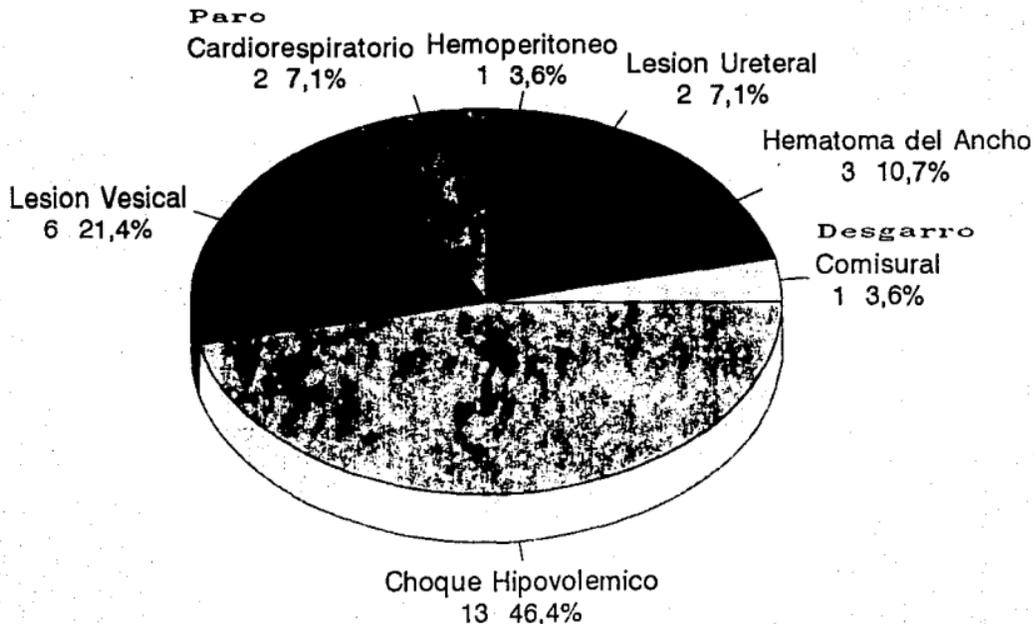


TABLA NO. 12

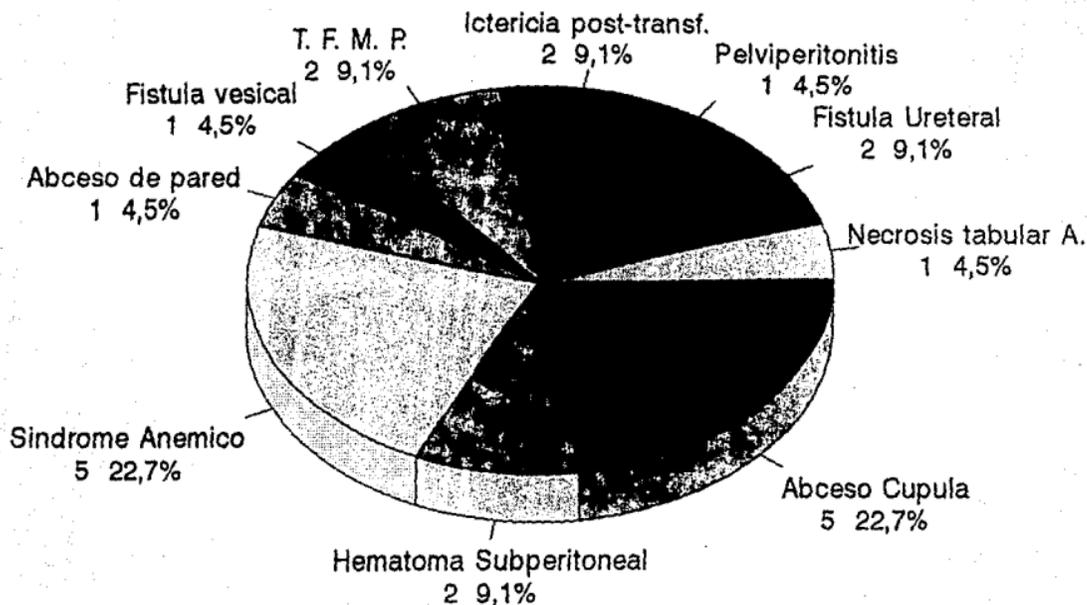
## M O R B I L I D A D

POSTOPERATORIA	NO. DE CASOS
Absceso de Cúpula	5
Síndrome Anémico	5
Fístula Ureteral	2
Ictericia post-transfusional	2
T. F. M. P.	2
Hematoma Subperitoneal	2
Absceso de pared	1
Fístula vesical	1
Pelviperitonitis	1
Necrosis Tubular Aguda	1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>(17.9%)</b>

# MORBILIDAD

## POSTOPERATORIA

---



### Reportes de patología

De los resultados reportados por patología, 55 casos fueron úteros normales, 42 correspondieron a acretismos placentarios y 14 a miomatosis uterina. El útero de Couvaliere se reportó en 4 casos y la NIC III en 2. La adenomiosis, perforación paracomisural y deciduoendometritis solamente con 1 caso.

TABLA NO. 13

## RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS

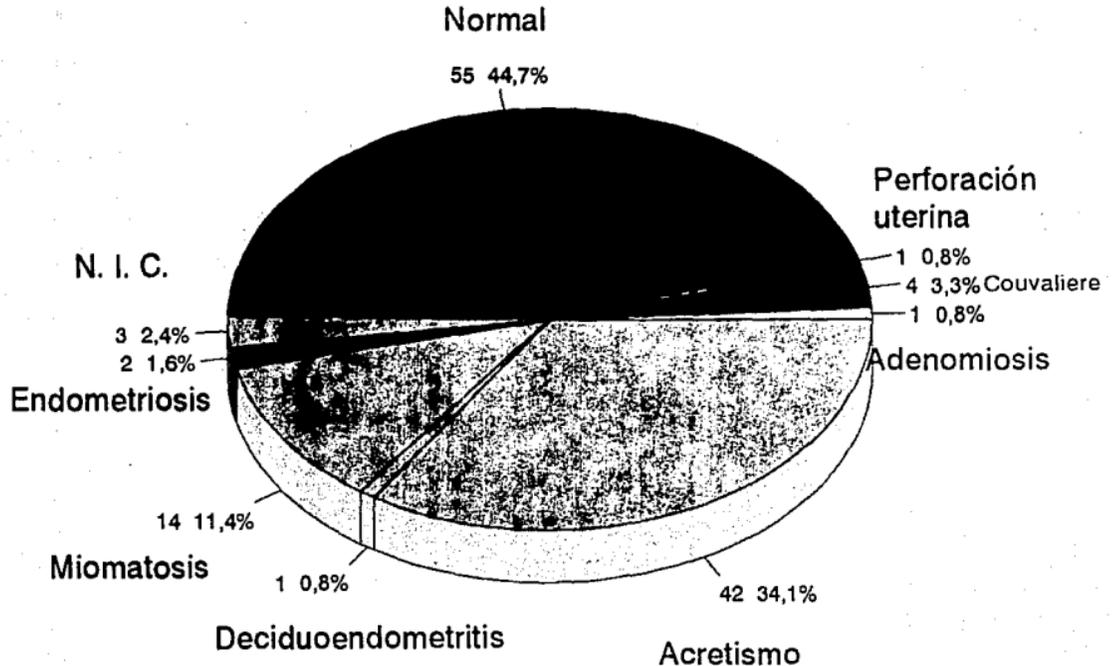
---

---

	NO. DE CASOS	%
Normal	55	44.8
Acretismo	42	34.2
Miomatosis	14	11.4
Couvaliere	4	3.2
N.I.C. III	3	2.4
Endometriosis	2	1.6
Adenomiosis	1	0.8
Perforación paracomisural	1	0.8
Deciduoendometritis	1	0.8
TOTAL	<u>123</u>	<u>100.0</u>

---

# RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS



## A N A L I S I S

El porcentaje de cesarea histerectomía encontrado dentro del Instituto en 5 años fue de 0.93%, el cual es mucho menor al reportado en la literatura.

La edad de las pacientes que predominó fue el grupo de 31 a 40 años, etapa reproductiva donde es más frecuente la multiparidad.

De los 123 casos la mayor parte de las pacientes tenían entre 3 y 4 gestaciones.

En cuanto a la paridad, el 42.2% de las pacientes tenían parto previos ( la mayoría con 3 ), el 45.5% tenían antecedente de por lo menos un aborto previo, sin embargo el 70% de las 123 pacientes tenían una ó más cesáreas previas.

Estos datos apoyan el hecho de que los antecedentes obstétricos de las pacientes definitivamente condicionan factores como la placentación anormal y diversos grados de acretismo placentario, patologías que influyen en la histerectomía por sangrado abundante.

La edad gestacional que predominó fueron los embarazos de término (52.9%), que es lo esperado por el tipo de patologías asociadas que se manifiestan mayormente en el 3er. trimestre de la gestación.

La indicación para la operación cesárea fue por placenta previa en 24.5% de los casos, cesárea iterativa en 22.8% de los casos, ambas patologías que reconocidamente se encuentran como factores de riesgo para una cesárea hysterectomía.

Dentro de las demás indicaciones se encontró a la EHAE severa, desproporción cefalopélvica y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con porcentajes similares (4.9%). Como puede apreciarse en la tabla no. 7, las indicaciones encontradas para la operación cesárea son las esperadas en el 3er. nivel de atención hospitalaria.

Las indicaciones para la hysterectomía se agruparon en absolutas, relativas y electivas.

Dentro de las indicaciones absolutas se encontró el acretismo placentario en 55 de 103 pacientes y por indicación relativa a la miomatosis uterina en 7 de 20 casos.

La paridad satisfecha como indicación electiva con 5 de 20 casos, no está justificada dentro del INPer como método definitivo de planificación familiar por el alto riesgo que implica en comparación con la oclusión tubaria.

En cuanto a la morbilidad transoperatoria predominó el choque hipovolémico ( 13 casos de 28 pacientes ) que es lo esperado para esta cirugía que habitualmente es de urgencia y se realiza en la mayor parte de los casos por hemorragia importante.

Dentro de las complicaciones postoperatorias predominaron el síndrome anémico secundario (5 de 22 casos) y los procesos infecciosos como el absceso de cúpula en la misma proporción. Dos pacientes presentaron paro cardiorespiratorio que respondió a maniobras de resucitación. Este dato nos obliga a reflexionar que las pacientes sometidas a este tipo de cirugía tiene un alto riesgo quirúrgico, que debe realizarse por manos bien entrenadas y en las mejores condiciones.

No se encontró mortalidad en 5 años de revisión.

Dentro del grupo de las indicaciones relativas hubo 7 pacientes que se operaron por miomatosis uterina y una desarrollo hepatitis post-transfusional, 1 paciente operada por corioamnioítis que desarrolló absceso de cúpula.

Del grupo de indicaciones electivas, de 5 pacientes operadas por paridad satisfecha solamente una tuvo como complicación hematoma del ligamento ancho.

Con base en estos datos afirmamos que la morbilidad encontrada del grupo de las histerectomías relativas y electivas es baja, es deseable que fuera nula.

Finalmente, los reportes histopatológicos reportaron 55 casos de uteros normales, 42 casos de acretismo placentario y 14 casos de miomatosis uterina.

Hubo 37 casos de histerectomía por atonía en donde el reporte patológico entra dentro de los úteros normales, así como un caso de adenomiosis.

En 55 casos la indicación para la histerectomía fue acretismo placentario que solo se corroboró por microscopía en 42 casos.

Sin embargo, hubo 4 casos de atonía en donde el diagnóstico patológico fué acretismo placentario focal.

El útero de couvaliere fue indicación en 6 casos y solo se corroboró en 4, siete pacientes se operaron por miomatosis uterina corroborada por patología, no obstante se reportan 14 casos ya que en algunos fue un diagnóstico sobreagregado encontrado por el patólogo. Hubo 3 cirugías por NIC III corroboradas por estudio microscópico.

Como hallazgo encontramos una perforación paracomisural.

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la cesárea hysterectomía en el INPer es de 0.93%, el cual es menor al reportado por otras instituciones de salud de nuestro país.

2. Definitivamente la multiparidad, con el antecedente de por lo menos una cesárea previa, son factores que aumentan el riesgo para finalizar el embarazo por cesárea hysterectomía.

3. Las principales patologías relacionadas con la cesárea hysterectomía son el acretismo placentario y la atonia uterina además de la miomatosis uterina.

Por lo anterior, afirmamos que dentro del instituto predomina para esta cirugía la patología hemorrágica.

4. El 22.7% de las pacientes desarrolló complicaciones en el transoperatorio, y el 17.9% en el postoperatorio.

5. No se encontró mortalidad en 5 años de estudio.

6. La mayor parte de las indicaciones para histerectomía se corroboraron por descripción microscópica.

7. El conocimiento integral del caso, una desición médica adecuada, son el mayor beneficio que podemos ofrecer a nuestras pacientes.

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

1. Park RC, Duff WP: Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna; en: Clin Obstet Ginecol; Ed. interamericana Madrid Esp. 2: 611-31, 1980.

2. Kenneth J. L.: Urgencias en obstetricia; en Clin Obstet Ginecol; Ed. Interamericana Madrid Esp. 3:395-415, 1990

3. Quesnel BC; Perspectiva actual de la cesárea histerectomía obstétrica. México. Karchmer KS: Temas Selectos en reproducción humana. Mexico D.F.: 383-89, 1989.

4. Ahued, A. JR; Cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex; 55: 47-52. Feb 1987.

5. Urzúa LM. y Marin RR.; Cesárea histerectomía; Ginec Obstet Mex. 48: 261-71. Oct 1980.

6. Ramírez VC. y cols.; Cesárea histerectomía; Ginec Obstet Mex. 48: 273-81. Oct 1980.

7. López E. y cols.; La histerectomía obstétrica en el hospital de gineco-obstetricia 3a del IMSS. Correlación anatomoclínica. Ginec Obstet Mex 51: 281-86. Oct 1983.

8. Chávez AJ. y cols.; Morbimortalidad materna en la cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex. 35: 551-61. Mayo 1974

9. Espinosa RV. y cols.; morbilidad materno fetal en 3000 operaciones cesáreas. Ginec Obstet Mex. 28: 613-29. Dic 70

10. Arana AJ.; Cesárea histerectomía total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión estadística mundial. Ginec Obstet Mex. 40: 419-25. Dic 1976.

11. Instituto Nacional de Perinatología : Normas y procedimientos de obstetricia, México, OP5 1990.

12. Plauch, WC, ; Histerectomía cesárea: indicaciones, técnica y complicaciones; en Clin Obstet Ginecol. Ed. Interamericana Madrid Esp. Vol 2 pp 409-20 , 1986

13. Torres RJ.; Hallazgos Anatomopatológicos en la histerectomía obstétrica, UNAM, Instituto Nacional de Perinatología; México DF. 1990.

14. Mayonda, IT., Vrama TR.; Massive \obstetric \hemorrhage due to placenta previa/accreta with prior cesarean section. Int J Gynecol Obstet 34: 183-6, 1990.

15. Cardwell, Ms.; Ultrasound diagnosis of abrupto placentae with fetomaternal hemorrhage; Am J Obstet Gynecol. 157 (2): 358-9, Aug 1987.

16. González, L.H.; Coriamnioítis, monografía; Instituto Nacional de Perinatología, México, 1989.

17. Golan, \a. et al; Rupture of the pregnant uterus. Obstetric and Gynecology. 56 (5) : 549-54 Nov 80.

18. Clark, ST. et al: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage; Obstetrics and gynecology 64 (3): 376-80 Sep 1984.

19. Deaton JL. et al. Spontaneous uterine rupture during pregnancy after treatment of Asherman's syndrome. Am J Obstet Gynecol 160: 1053-54 May 1989.

20. Chazotte C. and Cohen WR.; catastrophic complications of previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 163 (3): 738-42 Sep 1990.

21. Grió R. et al; La rottura d'utero nella moderna ostetricia; MINERVA Ginecológica. 42(10): 399-401 1990.

22. Farmer RM. et al; Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 165 (4 pt. 1) : 996-1001. Oct 1991.

23. Rodriguez MM. et al ; Uterine rupture: are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis?. Obstet Gynecol. 161 (3); 666-9 Sep 1989.

24. Darby MJ. et al; placental abruption in the preterm gestation: an association with chorioamnionitis. Obstetrics and Gynecology 74 (1): 88-92.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA