

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

INDICACION Y CONFIRMACION DIAGNOSTICA EN
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA
EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DEPENDIENTE



DIRECCION DE ENSEÑANZA

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. ERICK GARCIA CERVANTES

TUTOR: DR. GREGORIO MAGAÑA CONTRERAS



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. S. R. L.

MEXICO, D. F.

2004

0342095



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 esta 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.

**INDICACIÓN Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA
EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA
OBSTÉTRICA EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.**

Presenta: Dr. Erick García Cervantes



DR. GREGORIO MAGAÑA CONTRERAS

Jefe de Servicio y Tutor de tesis.
Ginecología y Obstetricia
Hospital General de México.



DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY

Profesor Titular del Curso de Postgrado
Ginecología y Obstetricia U.N.A.M.



DR. FAUSTO CORONEL CRUZ

Jefe de investigación y Coordinador del servicio
De Perinatología Unidad de Ginecología y
Obstetricia Hospital General de México.



DR. ALFONSO CONTRERAS PORRAS

Jefe de enseñanza Unidad Ginecología
Y Obstetricia del Hospital General de México

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis Padres Paulina y Elías por su apoyo incondicional y su comprensión para culminar satisfactoriamente esta etapa de mi vida.

A mis hermanos Sandra, Diana, Elmer y sobrina Michelle por su paciencia y consejos para mantenerme en pie y seguir adelante.

Al Doctor Gregorio Magaña Contreras por ser parte importante durante mi formación académica, superación personal y ser la guía durante la elaboración de este trabajo.

Al Doctor Guillermo Oropeza Rechy por brindarme la oportunidad de desarrollarme como especialista, mi respeto y admiración.

A todo el grupo Médico que de manera directa e indirecta día con día forjaron este logro.

A todos los integrantes de mi guardia: Benjamín, Daniel, Armando, Erika, Rosaura, Mauricio, Guadalupe, Andrés, y Edgar por su lealtad, honestidad, cariño y apoyo para superar cada uno de nuestros retos.

A mis compañeros residentes por estar día a día conmigo en la lucha incansable para lograr esta meta.

Así como a Dios por brindarme vida, salud y fuerza espiritual para poder alcanzar mis sueños y hacerlos realidad.

ÍNDICE

Antecedentes.....	5
Justificación.....	6
Marco teórico.....	7
Hipótesis.....	18
Objetivos.....	19
Diseño y duración.....	20
Material y Métodos.....	21
Criterios.....	22
Aspectos Éticos y de Bioseguridad.....	23
Resultados	24
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
Bibliografía.....	42

ANTECEDENTES

La histerectomía obstétrica se ha desarrollado como un procedimiento para salvar la vida de la paciente posterior a un evento obstétrico. Desde la aparición de la primera histerectomía obstétrica por Porro, dicha cirugía se reservó solo para una hemorragia incontrolable.

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está ó ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia.

Para los años 1970 y 1980 la publicaciones reflejaron una actitud adversa a la operación electiva y desde entonces la Histerectomía obstétrica se reserva solo para casos de emergencia y con el fin de preservar la vida de la mujer en situación de urgencia.

Actualmente, se han hecho esfuerzos por detectar a través de ultrasonido las características de la placenta que pudieran indicar en las mujeres el riesgo de requerir histerectomía obstétrica, pero a pesar de los adelantos en la imagen ultranográfica no se ha podido predecir con certeza quién requerirá histerectomía obstétrica.

La frecuencia de histerectomía obstétrica se ha reportado de 0.16 hasta 6.20 % en los diversos estudios realizados alrededor del mundo.

La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y / o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados.

JUSTIFICACIÓN

El que exista la necesidad imperiosa de extirpar un órgano, porque está enfermo, o en caso de no ser extirpado amenace la vida de la paciente y no haya otra manera de resolver dicho problema raramente se presenta en la obstetricia moderna. En la mayoría de las veces, es indiscutible que por la enfermedad presente, la operación está indicada.

Se ha descrito que las pacientes, con cicatrices de cesárea previas, tienen hasta 10 veces más la posibilidad de ser sometidas a cesárea histerectomía.

Se han identificado muchos trastornos relacionados con la indicación de histerectomía posparto de urgencia, dentro de la que figura esencialmente el sangrado abundante, pero también existen otras causas asociadas con la hemorragia que condicionan trastornos en la contracción uterina y poca respuesta a la terapia implementada, con aumento de la morbilidad materno-fetal.

Las circunstancias teóricas para realizar este tipo de cirugía no representan problema alguno en cuanto a la toma de decisión, ya que sus indicaciones y técnicas, perfectamente analizadas y discutidas, están en función de las características clínicas de cada paciente.

La necesidad de histerectomía obstétrica de urgencia sigue siendo un reto para el médico ginecobstetra ya que a pesar de las innovaciones en el aspecto quirúrgico, la respuesta al procedimiento es inherente al estado general de cada paciente. La causa que puede llevar a algún trastorno uterino obstétrico es multifactorial, por lo tanto resulta difícil predecir qué mujer presentará algún problema en el procedimiento de resolución del embarazo.

El médico obstetra debe tomar una decisión oportuna para intervenir en forma temprana y resolver el evento obstétrico, a pesar de tratarse de un procedimiento mutilante que termina con el futuro obstétrico.

MARCO TEÓRICO

La histerectomía obstétrica ha sido uno de los procedimientos más complejos y polémicos desde la publicación de los primeros casos.

Por definición la **Histerectomía obstétrica** es la extirpación del útero después de un evento obstétrico. Como puede ser un aborto, un parto o una cesárea. Etimológicamente hablando, la palabra histerectomía se forma de dos raíces griegas: "isteros" igual a útero y "ectomía" que significa extirpación. (1)

Otra definición es que el término **Histerectomía obstétrica** incluye a la histerectomía poscesárea, posparto y poslegado y es aquella en la que se efectúan dos tiempos quirúrgicos y anestésicos; la cesárea, el parto o el legado en un primer tiempo quirúrgico y después la reintervención en un periodo más o menos corto para efectuar la extirpación del útero.

El término **Cesárea Histerectomía** se refiere única y exclusivamente a la extirpación previamente programada del útero posteriormente a la cesárea; en un mismo tiempo quirúrgico y anestésico. Para cualquiera de los 2 casos la extirpación del útero puede ser efectuada de manera subtotal o total según la gravedad del caso. (2)

En base a las definiciones antes mencionadas y considerando el momento de su realización, la Histerectomía Obstétrica se refiere a tres eventos:

- a) Histerectomía en el puerperio.
- b) Cesárea Histerectomía
- c) Histerectomía en bloque (1)

Evolución Histórica

Eduardo Porro no fue el primero en concebir la idea de extirpar el útero al practicar una operación cesárea. El primero fue Joseph Cavallini, de Florencia; quien en 1768 sugirió extirpar el útero fundándose en experimentación con animales, y se convenció de que esta operación no solo era posible sino bien pudiera ser ventajosa para la madre. Propuso la posibilidad de usarla en la mujer embarazada, pero nunca llegó a efectuar la operación. Fue Horacio Storer en 1869 quien realiza la primera cesárea histerectomía en una gestante con un tumor previo aunque la paciente falleció en pocas horas. (3)

En Mayo de 1876, Eduardo Porro de 38 años de edad en Italia quien efectuó con éxito una operación cesárea seguida de una histerectomía subtotal en una paciente enana llamada Julia Cavallini. Tamier en 1879 efectuó la primera cesárea histerectomía con éxito en Francia valiéndose de un cierre de nudos de Koebert.

En 1879 Robert P. Harris informó 29 casos de operación de Porro. En 1892 Muller informó un caso de operación cesárea con histerectomía completa en una paciente con cáncer en el cuello uterino. En 1900 Reed en Estados Unidos Enumera las primeras indicaciones para la operación de Porro. (4) (5).

En México, la primera cesárea histerectomía fue realizada en Marzo de 1884, por el Dr. Juan María Rodríguez en la cual la madre falleció y el producto sobrevivió a la operación; intervinieron como ayudantes el Dr. Eduardo Vertiz, el Dr. Liceaga, el Dr. Lavista, el Dr. La vista y el Dr. Andrade en el Hospital de San Andrés.

El Dr. Fernando Zárraga en 1904 es el que realiza la primera histerectomía obstétrica con éxito. (6)

CAMBIOS ANATÓMICOS DEL ÚTERO GRÁVIDO

Las modificaciones ligadas al embarazo son debidas inicialmente al volumen del útero y al aumento considerable de la vascularización de los órganos genitales.

El volumen total promedio del contenido uterino al término del embarazo es de aproximadamente 5 L pero puede llegar a 20 L o más. Al término del embarazo pesa 1.100 grs. El aumento del tamaño uterino es asimétrico más pronunciado en el fondo del órgano. Los cuernos uterinos son más bajos y extendidos, los ligamentos redondos se encuentran alargados e hipertrofiados; hay dextro rotación del útero lo cual extiende el ligamento redondo del lado izquierdo, los ligamentos útero sacros se verticalizan, la vejiga tiende a descender, El uréter está pegado a la cara lateral sobre la cúpula vaginal, a la izquierda avanza sobre la cara anterolateral del segmento inferior. El cuello es maduro, blando.

El gasto sanguíneo de los vasos es multiplicado por diez. La arteria uterina se encuentra más alejada de la vagina y del uréter, su calibre aumenta. La arteria ovárica doble de volumen y de calibre: las venas presentan una hipertrofia considerable a nivel del cuerpo uterino.

Las relaciones anatómicas al final del embarazo son las siguientes:

Adelante: Pared abdominal.

Atrás: columna vertebral y psoas sobre el cual corre el uréter.

Arriba: colon transversal, estómago, duodeno páncreas e hígado.

Lateralmente: las correderas parietocólicas (7)

INDICACIONES

Las indicaciones para una histerectomía Obstétrica se discuten en relación con diferentes cuadros para los cuales esta indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje enérgico; desgarro de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cérvix.

En la enfermedad del trofoblasto, puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad.

En la ruptura uterina, la laparotomía exploradora no esta indicada en casos de dehiscencia de cicatriz sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa; sin embargo, en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía.

El embarazo cornual o intersticial, alcanza aproximadamente el 3% de todas las gestaciones ectópicas a causa de una mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, este se complica mas tardíamente entre la octava y decimosexta semana de gestación; la hemorragia puede ser rápidamente fatal debido a que el embarazo esta ubicado entre el ovario y las arterias uterinas; en efecto, los embarazos cornuales pueden ser fatales y la mujer fallecer antes de llegar al hospital. En el pasado el embarazo ectópico cervical era una forma rara de embarazo ectópico con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero la incidencia parece ir en aumento, debido en parte a las formas más nuevas de fertilización asistida; pero particularmente, posterior a Fertilización in Vitro y la transferencia de embriones.

En el pasado la histerectomía era la única elección disponible debido a la profusa hemorragia que acompañaba a la eliminación del embarazo cervical que incluso puede comprometer la vía urinaria. (8)

Las indicaciones suelen dividirse en absolutas y relativas:

Las indicaciones **ABSOLUTAS**, incluyen los procesos obstétricos agudos graves que ponen en peligro la vida de la madre y cuyo único tratamiento para salvaguardar dicha vida, es la extirpación inmediata del útero.

Las indicaciones **RELATIVAS** que comprende aquellos padecimientos casi siempre coexistentes con la gestación y que originan la extirpación del útero en forma más o menos preventiva. (17).

1. Absolutas :

- Ruptura Uterina no reparable
- Adherencia anormal de la placenta (acretismo)
- Inercia uterina que no resuelve con manejo médico (atonía)
- Accidentes operatorios durante la operación cesárea (que pongan en peligro la vida de la paciente).

2. Relativas :

- Miomatosis uterina múltiple en pacientes con paridad satisfecha.
- Carcinoma Cervicouterino In Situ con paridad satisfecha.

La histerectomía en bloque encuentra su principal indicación en la patología del trofoblasto; como mola de repetición, embarazo molar y paridad satisfecha, algunos casos de aborto consumado con infección diferida e infección o bien algunas variedades de aborto séptico o muerte fetal y paridad satisfecha. (1)

INCIDENCIA

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico poco frecuente, cuya incidencia reportada en la literatura obstétrica mundial varía de un 0.2 a un 1.9%. Se menciona que tal incidencia varía o puede variar de acuerdo a los factores de riesgo reproductivo o a las características demográficas de las pacientes; y en el caso de países como en el nuestro, es similar encontrándose en la literatura una incidencia desde 0.9 al 1.72%.

La frecuencia de la histerectomía obstétrica se ha reportado de 0.16 hasta 6.20% en los diversos estudios alrededor del mundo. (9)(10)(1).

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo y aspectos demográficos que se describen en la literatura se encuentran la edad, paridad, edad gestacional, cesárea previa, vía de nacimiento y placenta previa. La influencia de esta patología puede deberse a las anomalías que ocurren en la pared uterina y en consecuencia, a los procesos de involución que deben presentarse después de la salida del producto de la concepción; por lo tanto, estos trastornos asociados al embarazo se deben tomar en cuenta como factores de riesgo para esta complicación obstétrica.

Las anomalías que se han descrito en la pared uterina, puede estar condicionada por edema intersticial e hipertrofia miometrial. Además también se han descrito diferentes factores asociados que también se han tomado como factores de riesgo para desarrollar este tipo de patología como son: trastornos orgánicos como la miomatosis, efecto de la miomectomía, hidrocefalia, perforación uterina, útero bicompartimentado y la ruptura prematura de membranas, así como los trastornos funcionales como la preeclampsia severa, obesidad materna, embarazo con portación de DIU, cisticercosis materna y la cardiopatía por doble lesión mitral. (8)(10)(11)(12)(13).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Vías de Acceso: La vía de acceso principal es la de la cesárea, ya sea la incisión media infraumbilical o transversa amplia; obviamente dependiendo de las características de la paciente. Si la histerectomía es realizada después de un parto, aborto, cesárea o en bloque esta puede ser efectuada bajo la técnica clásica.

Un punto discutible es si se debe de extraer o no la placenta previamente a la histerectomía. Algunos autores aconsejan dejarla in situ y principiar la histerectomía. Sin embargo, con la extracción manual o dirigida se ha visto menor sangrado y menor tamaño uterino en especial después de la aplicación de oxitócicos, lo que da un mejor y más amplio campo operatorio, además cuando existe la necesidad de suturar la histerotomía esta se facilita.

La técnica de la histerectomía debe tender, siempre que sea posible a ser una operación total por las siguientes ventajas:

1. Evita la aparición de cáncer en el muñón residual.
2. Anula los procesos inflamatorios postoperatorios del cuello uterino.
3. Suprime procesos traumáticos cervicales posteriores.
4. Evita fenómenos dolorosos residuales, dispareunia
5. No permite la aparición de prolapso del muñón residual.
6. Disminuye el sangrado postoperatorio inmediato. (17)

HISTERECTOMÍA TOTAL

Se fija el útero y se desplaza hacia atrás y hacia el lado izquierdo, se abre el peritoneo a un lado y otro del ligamento redondo, y se secciona entre dos pinzas, para luego ligarlo con hilo de sutura absorbible, el lado parietal se conserva largo para poder ser fijado posteriormente, en el lado contralateral se realiza la misma maniobra.

Los ovarios siempre serán respetados, a menos que exista compromiso importante del órgano y éste tenga que ser extirpado junto con el útero.

Estando el útero desplazado hacia atrás se practica una incisión en el peritoneo vesicouterino entre las dos ligaduras de los ligamentos redondos. Puede liberarse el espacio vesicouterino y a continuación el vesicovaginal, se sujeta el peritoneo vesicouterino con una pinza de disección y las tijeras con la punta hacia atrás apartan la pared vesical, esta disección deberá efectuarse a partir de la línea media entre los pilares vesicales para proseguir hasta más allá del cuello uterino palpado a través de la pared vaginal.

A continuación se sujeta uno de los anexos mediante una pinza; útero y anexos son llevados hacia adentro y ovario hacia atrás, se puede abrir el peritoneo a partir de la disección de ligamento redondo, y liberar la cara anterior del ligamento ancho por debajo de la trompa y del pedículo anexial, esta disección se lleva hacia ambos lados.

Tras la ligadura de los ligamentos redondos se sujeta el anexo con una pinza de Duval, y se desplaza hacia atrás y hacia fuera, estando el útero traccionado, hacia delante y hacia el lado opuesto, de este modo el mesosalpinx se encuentra expuesto y por transparencia el peritoneo de aloja posterior de ligamento ancho el cual puede ser abierto por debajo de pedículo y del ligamento útero-ovárico. Estos elementos son tomados entre pinzas, contra el útero y seccionados antes de proceder a su ligadura.

Para el final de la disección, se elige la técnica extrafascial; se retoma por debajo de la pinza que se había colocado verticalmente por debajo de pedículo uterino para ligar los vasos cervicovaginales, se realiza uno o dos nuevos pinzamientos a cada lado de la pinza a nivel de la vagina lateralmente y de los

útero-sacros, por detrás, de este modo se disecciona todo el contorno de la vagina hasta más allá del cuello uterino.

A continuación se hace la toma de los ligamentos cardinales en una o dos partes de acuerdo con el tamaño de los mismos, y siempre lo más cercano posible al útero estos pedículos siempre se dejan referidos.

Tras la disección precedente del cuello, sube fácilmente y el operador debe saber que es suficiente palpando a través de la pared vaginal adelante y atrás. A continuación se secciona la vagina, esta sección se puede llevar a cabo con bisturí iniciándose sobre la cara anterior, mientras lateralmente es más fácil seccionar la vagina con las tijeras; a medida que avanza la sección, se toman con pinzas los bordes vaginales y se realiza hemostasia complementada con bisturí eléctrico, se desinfecta la vagina entonces con una compresa impregnada con yodo povidona.

El cierre de la vagina se realiza mediante una sutura continua con sutura absorbible, empezando y terminando con punto en " X " a nivel de los tejidos paravaginales derecho e izquierdo, esta sutura puede efectuarse en forma extramucosa lo que disminuye la aparición de granuloma a nivel de cicatriz de fondo vaginal.

En algunos casos particularmente en caso de lesiones sépticas o ante la persistencia de un resamamiento hemorrágico difuso, puede resultar útil un drenaje que puede consistir en la colocación de un tubo de drenaje de redón en la porción vaginal y salida subperitoneal o la colocación de un drenaje tubulado que salga por la vagina estando cerrada por dos hemipuntos por encima a uno y otro lado del tubo de drenaje. Se cierra el peritoneo en bolsa de tabaco para los anexos y se cierra el peritoneo de la vejiga y del fondo de saco de Douglas.

HISTERECTOMÍA SUBTOTAL

La histerectomía subtotal es técnicamente más fácil que la histerectomía total ya que no requiere la sección de los pedículos cervicovaginales. Sin embargo, la conservación cervical solo debe ser propuesta excepcionalmente en pacientes correctamente informadas del riesgo de patología cervical posterior y que acepten un control regular.

Técnicamente el inicio de la intervención es el mismo una vez que se liga el pedículo correspondiente a la arteria uterina; se sujeta el cuello a través de las paredes vaginales, entre el pulgar y el índice de la mano izquierda se localiza la región ístmica de este modo el operador puede decidir a que altura se seccionará el útero. Por atrás debe ser por arriba de la inserción de los ligamentos útero-sacros, a éste nivel se colocan dos pinzas de Faure, perpendiculares a eje uterino. Se secciona el cuello practicando un corte en bisel opuestos en los labios anterior y posterior, para permitir el enfrentamiento secundario de éstos; a continuación se sutura el cuello mediante puntos separados en X y se lleva a cabo el recubrimiento peritoneal.(14)

Si la histerectomía es realizada después de un parto, aborto, cesárea o en bloque , esta puede ser realizada bajo la técnica clásica prefiriéndose la técnica clásica y la decisión de dejar la cúpula abierta sería sólo en casos de infección, ya que la hemostasia debe ser corregida al máximo durante el procedimiento.(1)

COMPLICACIONES

Debido a que generalmente la histerectomía obstétrica es una cirugía de urgencia, se refieren complicaciones transoperatorias y postoperatorias importantes, como el choque hipovolemico, hemorragia, lesión a órganos vecinos por lo que aumenta la necesidad de transfusiones, y aumenta los días de estancia intra - hospitalaria e incluso ingresos a la UCI. (15)

Aunque se a documentado en la literatura que las pacientes sometidas a una histerectomía obstétrica no tienen un aumento demostrable en cuanto a las complicaciones trans y postoperatorias que en aquellas pacientes sometidas a una cesárea histerectomía programada; solo se ha visto disminución en cuanto a estancia intrahospitalaria y acortamiento del tiempo operatorio. Además de que provee al residente la oportunidad de llevar a cabo la operación bajo supervisión y control de las circunstancias. (16)

HIPÓTESIS

Si la indicación de la histerectomía obstétrica se basa en las características clínicas de la paciente entonces la misma estará justificada y el diagnóstico se correlacionará con los hallazgos del estudio histopatológico.

OBJETIVOS

Objetivo Primario

- 1.** Conocer las principales indicaciones de histerectomía obstétrica en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.
- 2.** Correlacionar el diagnóstico clínico con los hallazgos histopatológicos en las pacientes sometidas a Histerectomía obstétrica del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital general de México.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1.** Determinar la justificación de la indicación mediante la relación del diagnóstico y los hallazgos histopatológicos de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital General de México.
- 2.** Conocer la experiencia clínica que se tiene en el servicio de Ginecología y Obstetricia en Histerectomía Obstétrica.
- 3.** Saber el manejo quirúrgico realizado en las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica del servicio de Ginecología y Obstetricia.

DISEÑO Y DURACIÓN

El presente estudio es un estudio retrospectivo, debido que se estudiaron expedientes de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente de histerectomía obstétrica, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de México. Transversal puesto que las variables consideradas solo se valoraron una vez. Descriptivo y observacional puesto que solo se contó con una población de estudio y se describirán los resultados encontrados .

El estudio abarcó un periodo de tres años e incluye pacientes las cuales fueron intervenidas de histerectomía obstétrica en quirófanos de la unidad de ginecología del primero de enero de 2001 a 31 de diciembre de 2003.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio comprende un periodo de tres años que va del primero de enero de 2001 al 31 de enero de 2003, se examinaron expedientes clínicos de pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en los quirófanos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

Con el objeto de recopilar la información, se llenó un formato de recolección de datos que se puede observar en el anexo 1.

Dicho formato se divide en 8 secciones: en la primera; ficha de identificación, en la segunda si tuvo o no control prenatal, en la tercera sección se indaga si existe patología materna agregada al momento de la intervención quirúrgica, en la cuarta sección el número de gestaciones, en la quinta sección el motivo de ingreso hospitalario, en la sexta sección, los datos relacionados a la cirugía, en la séptima sección datos del estudio histopatológico; y, en la última las complicaciones existentes.

Textos, gráficos cuadros y procesos de datos se llevó a cabo con programas de Word y Excel de Microsoft

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que les fue realizada Histerectomía Obstétrica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México del primero de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2003.

Pacientes que contaron con reporte histopatológico por escrito de pieza quirúrgica operatoria por parte del servicio de Patología del Hospital general de México.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que se haya realizado histerectomía obstétrica fuera de la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

Pacientes las cuales se les realizó Histerectomía obstétrica fuera del tiempo establecido para la realización de este estudio.

Pacientes las cuales no se contó con expediente clínico en el Archivo de la Unidad de Ginecología y Obstetricia.

Pacientes las cuales no se haya contado con reporte histopatológico por escrito por parte del servicio de Patología del Hospital General de México.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

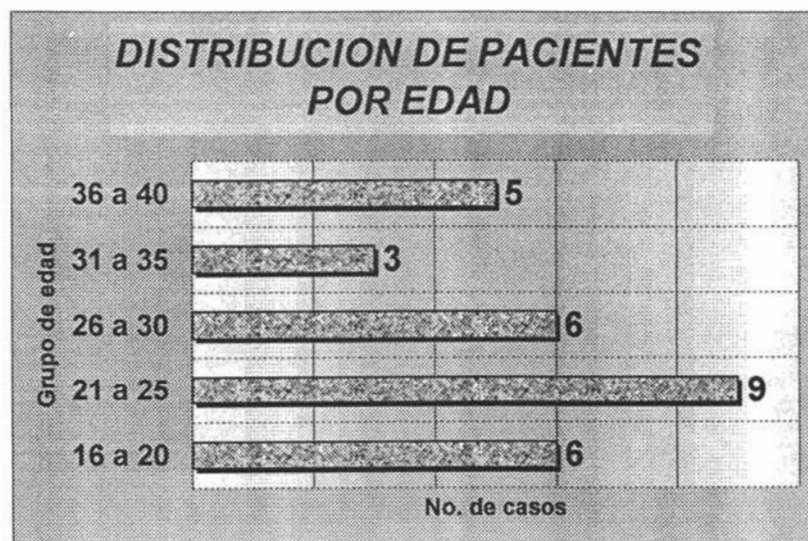
El presente estudio se realiza basándonos en el estudio clínico de las pacientes que fueron sometidas en el periodo comprendido de enero de 2001 a diciembre de 2003 a histerectomía obstétrica, analizando exclusivamente expedientes clínicos por lo que no se afectan de manera física o moral al grupo estudiado .

RESULTADOS

De un total de 56 casos registrados en el área de estadística del servicio de Ginecología y Obstetricia se integraron a la investigación 29 pacientes, excluyéndose 27 pacientes por no cumplir con los criterios establecidos.

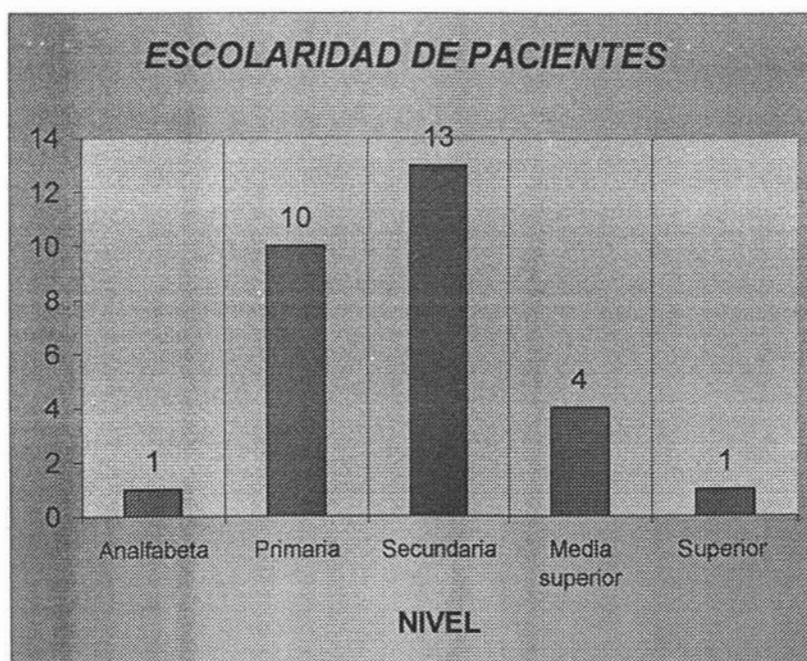
La edad encontrada en las pacientes comprendió de los 16 a los 40 años con un promedio de 27.2 años con la siguiente distribución por grupo de edad.

Gráfica 1



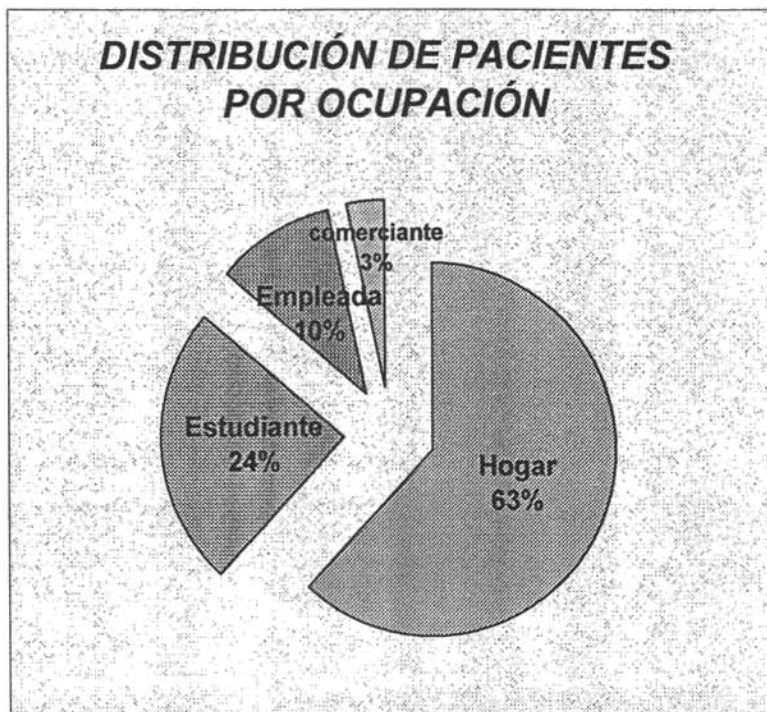
La escolaridad de las pacientes se distribuyó de la siguiente manera: 45 % a nivel secundaria, para el nivel primaria 35 %, con un 14 % para el nivel medio superior y con 3 % para el analfabetismo y el nivel superior

Gráfica 2



En cuanto a la ocupación 18 pacientes se dedican al hogar, 7 pacientes estudiantes 3 pacientes empleadas y 1 paciente comerciante

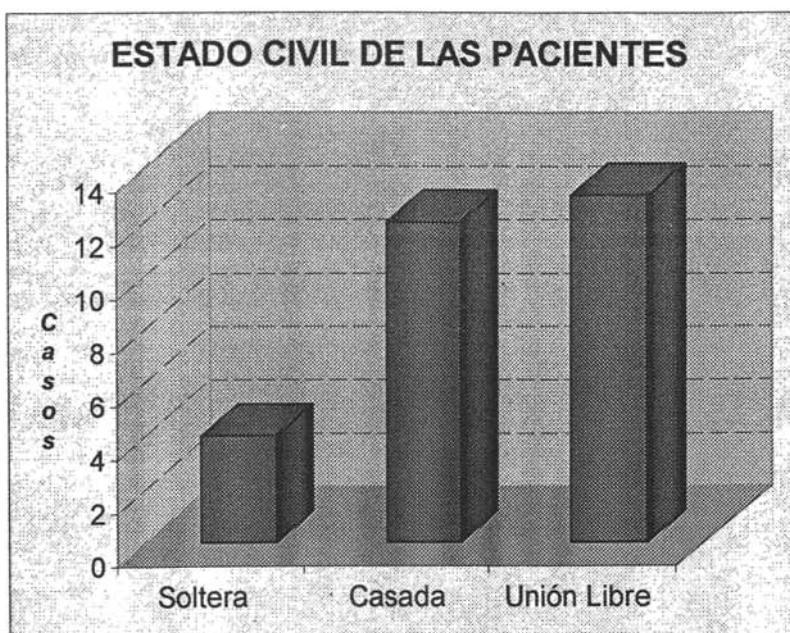
Gráfica 3



En cuanto al Estado Civil se tuvo la siguiente distribución de la población:

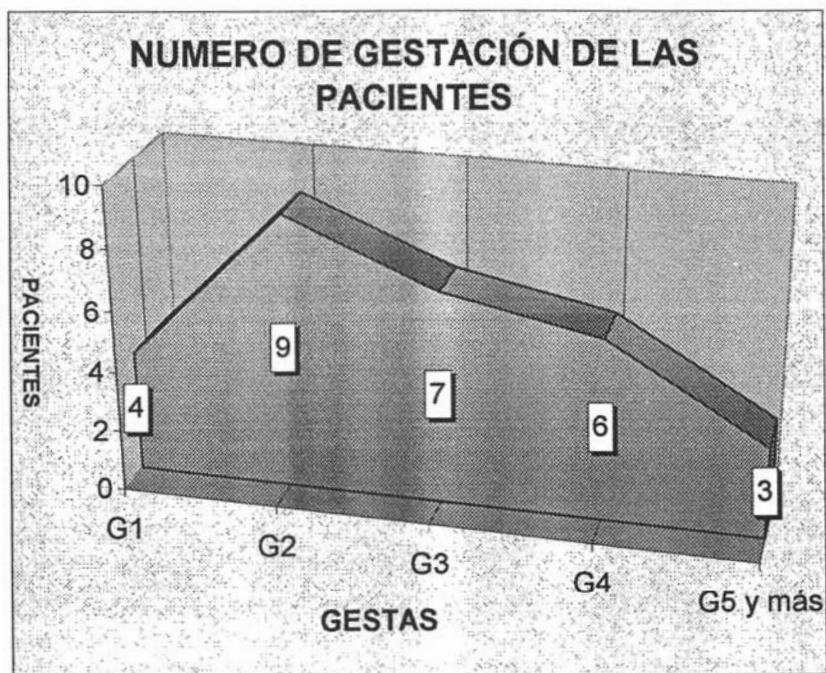
Del total de las pacientes, la mayoría se encuentra en unión libre 13 pacientes (45 %), 12 pacientes (41 %) se encuentran casadas y 4 pacientes (14 %) son madres solteras .

Gráfica 4



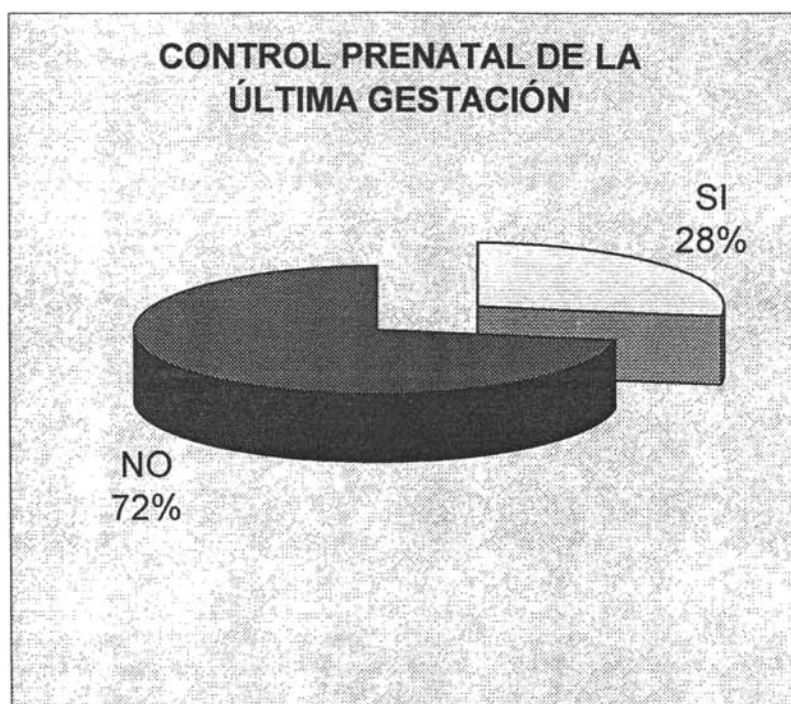
Por lo que se refiere a los antecedentes gestacionales, se detectaron 4 pacientes primigestas (14%), 9 pacientes secundigestas (31%), 7 pacientes con trigestas (24%), 6 pacientes con 4 gestaciones y 3 pacientes con 5 gestaciones .

Gráfica 5.



En base a el control prenatal de la última gestación se encontraron los siguientes datos: Solamente 8 pacientes refirieron haber llevado control prenatal regular mientras que 21 pacientes no llevaron un control adecuado de el embarazo .

Gráfica 6.



En la siguiente tabla se describe la patología materna agregada que se encontró en la población de pacientes estudiadas; de las cuales en 11 pacientes se encontró una patología y en el resto de las pacientes no contaron con patología agregada.

Tabla 1

PATOLOGÍA MATERNA AGREGADA EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS	
<i>Preeclampsia</i>	4
<i>Diabetes Mellitus</i>	1
<i>Hipertensión Arterial Sistémica</i>	1
<i>Hipertiroidismo</i>	1
<i>Corioamnioitis</i>	1
<i>Condilomatosis Vulvar</i>	1
<i>Alteraciones de la estática pélvica</i>	1
<i>Enfermedad Trofoblástica gestacional</i>	1
<i>Sin Patología</i>	18
<i>Total</i>	29

En la siguiente tabla se presenta las indicaciones de Histerectomía Obstétrica en base a las características clínicas de la población estudiada; cabe mencionar, que todas las indicaciones enumeradas están consideradas como **Indicaciones Absolutas de Histerectomía Obstétrica**. Sobresale el Acretismo Placentario como la principal causa.

Tabla No. 2

PRINCIPALES CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS	
Acretismo placentario	9
Atonía Uterina	8
Ruptura Uterina	3
Infección	3
Dehiscencia de histerorrafia previa no reparable.	3
Útero de Couvalier	2
Perforación Uterina con sangrado incohercible	1
Total	29

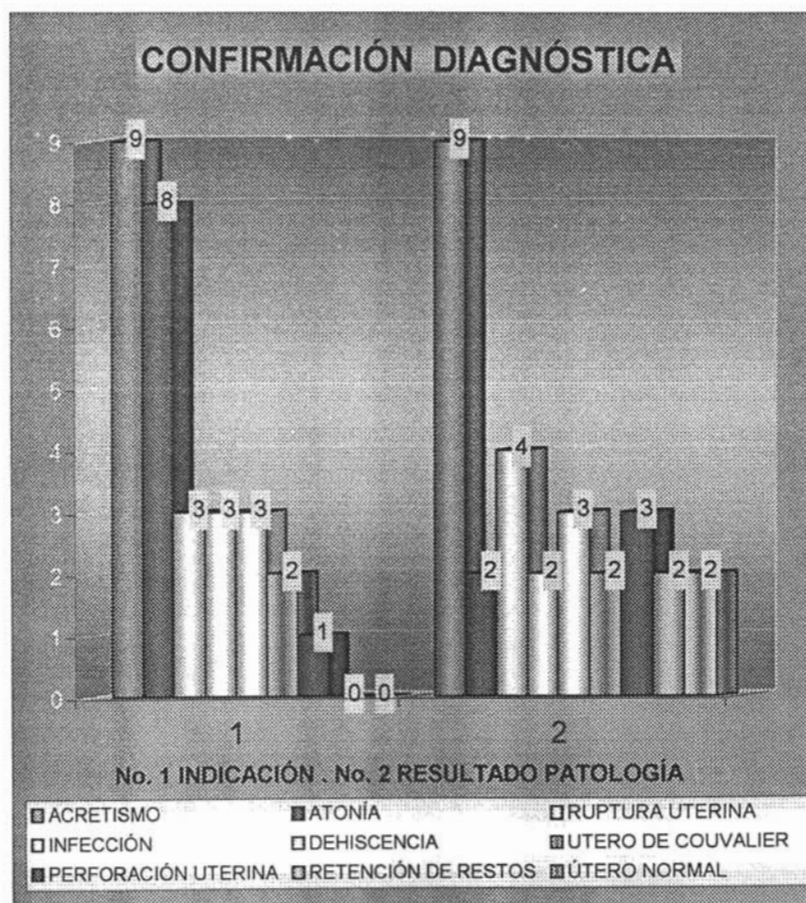
En la siguiente tabla se enlistan los resultados del estudio histopatológico que se realizó al grupo de pacientes estudiadas.

Tabla 3

RESULTADO DEL REPORTE HISTOPATOLÓGICO EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS	
ACRETISMO PLACENTARIO	9
RUPTURA UTERINA	4
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	3
PERFORACIÓN UTERINA	3
ÚTERO DE COUVALIER	2
INFECCIÓN UTERINA	2
ÚTERO ATÓNICO	2
RESTOS ÓVULO – PLACENTARIOS	2
ÚTERO CON CAMBIOS POSGRÁVIDOS (NORMAL)	2
TOTAL	29

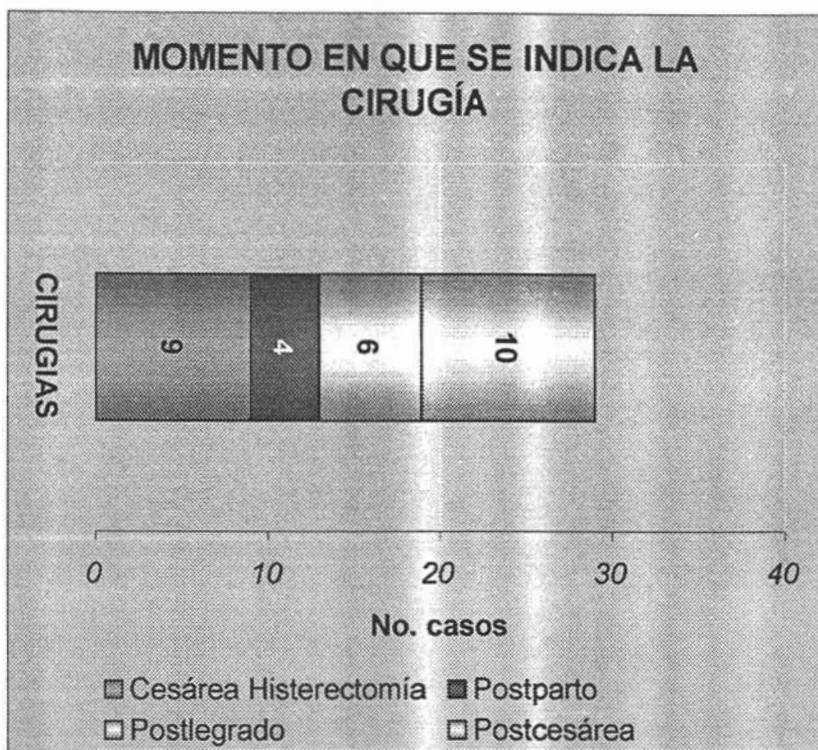
En esta gráfica se observa la correlación entre la indicación de la cirugía y el resultado de patología obtenido de las muestras quirúrgicas. En la cual se aprecia que en 25 pacientes (86 %) se confirmó el diagnóstico y en 4 pacientes no se confirmó el diagnóstico. La indicación que tuvo más correlación fue el grupo de acretismo placentario con el 100 % de los casos confirmados y la indicación que menos se correlacionó fue la de atonía uterina en la cual sólo se confirmaron 2 de los 8 casos registrados (25 %) .

Gráfico 7



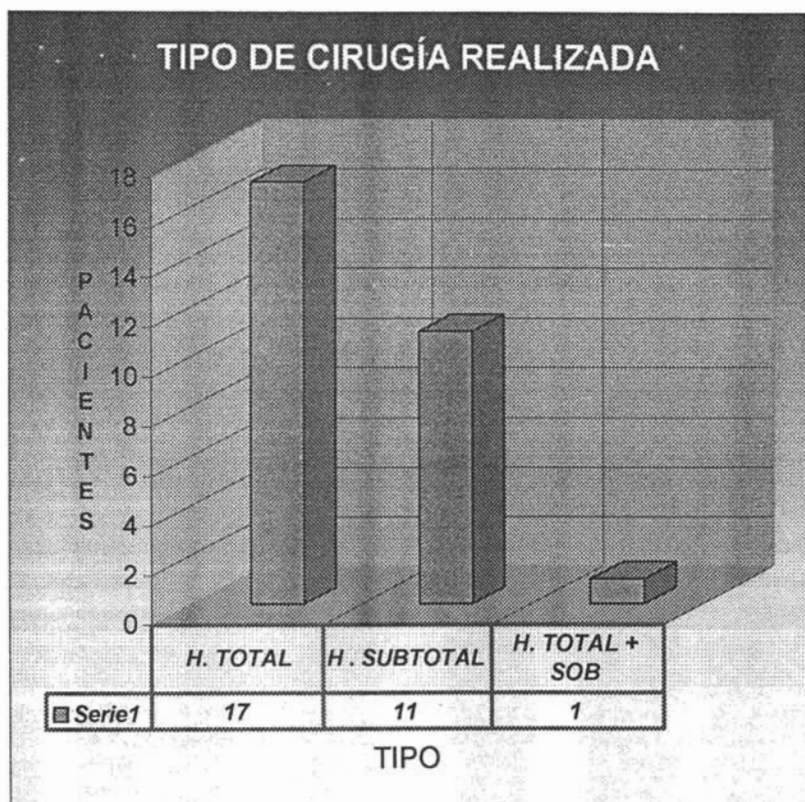
En base a el momento en que se realiza la cirugía tenemos los siguientes datos : en diez pacientes la indicación de la cirugía fue postcesárea, en nueve pacientes se realizó Cesárea – Histerectomía (en un solo tiempo quirúrgico y anestésico), en seis pacientes se practicó postlegrado y por último en cuatro pacientes posparto.

Gráfico 8



En base a el tipo de cirugía realizado tenemos que en 17 pacientes se realizó una Histerectomía Total, en 11 pacientes se practicó el tipo de la Subtotal y solamente en una paciente se practicó Histerectomía Total con Salpingooforectomía bilateral.

Gráfico 9



En la siguiente tabla se enumeran las complicaciones que se presentaron en las pacientes de la población estudiada sobresale el choque hipovolémico con 18 pacientes (62 %), 2 pacientes desarrollaron datos clínicos de infección (7 %), 1 paciente desarrolló neumonía (3.5 %) , en una paciente se presentó lesión incidental de uréter (3.5 %) y las pacientes que no tuvieron ninguna complicación fueron 7 casos (24 %).

Tabla No. 4

PRINCIPALES PRESENTADAS EN LA ESTUDIADA	COMPLICACIONES EN LA POBLACIÓN
<i>CHOQUE HIPOVOLEMICO</i>	18
<i>INFECCIÓN</i>	2
<i>NEUMONÍA</i>	1
<i>LESIÓN DE URETERO</i>	1
<i>SIN COMPLICACIÓN</i>	7
TOTAL	29

DISCUSIÓN

La edad promedio de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica fue de 27.2 años así como el número de máxima incidencia con un total de 9 casos para pacientes del grupo de edad de 21 a 25 años. (**gráfica 1**)

El 79% de las pacientes estudiadas cuenta con unas escolaridad básica (primaria y secundaria y esto se ve reflejado en cuanto a su ocupación, ya que la mayoría de las pacientes cuentan con ocupación Hogar por lo que el tipo de población estudiada es de nivel socioeconómico bajo que no varía con el tipo de población que se maneja en el hospital en general que es un tipo de población abierta. (**gráfica 2 y 3**).

En cuanto al estado civil de las pacientes tenemos que un 45% de las pacientes se encuentra en unión libre y el 41 % de las pacientes son casadas, además 4 pacientes fueron madres solteras. Cabe resaltar que es un grupo de población joven y que muchas veces este tipo de cirugía es considerada como mutilante y que trascienden en el núcleo familiar y psicosocial de la mujer en edad reproductiva. (**gráfica 4**).

Con lo que corresponde al número de gestas encontramos que el número de gestaciones promedio en el tipo de población estudiada es de 2.8 gestaciones con una incidencia máxima de 9 pacientes con 2 gestas. Cabe mencionar que en 75 % de estas pacientes se encontró el antecedente de operación cesárea previa (desde 1 hasta 4) como factor de riesgo importante agregado. (**gráfica 5**)

En base al control prenatal encontramos que un 72 % de las pacientes no llevó de forma adecuada el control de su última gestación, a pesar de que el tipo de embarazo que se encontro en el grupo de pacientes estudiadas por definición era considerado como de alto riesgo, por lo que el control prenatal sigue siendo un eje principal para la prevención de complicaciones. (**gráfica 6**)

Encontramos que un número importante de pacientes (18 casos), no se contó con una patología materna agregada y la principal patología materna agregada fue la preeclampsia en 4 pacientes las cuales 2 tuvieron desprendimiento prematuro de placenta normo inserta que conllevó a útero de Couvalier como una de las causas de histerectomía obstétrica (**tabla 1**).

La principal indicación para realizar Histerectomía Obstétrica en las pacientes estudiadas fue la de Acretismo Placentario con un total de 9 casos. La segunda indicación de la cirugía fue la de Atonía Uterina con un total de 8 casos, seguidas de ruptura uterina, infección y dehiscencia de histerorrafia previa no reparable con 3 casos para cada indicación, el útero de Couvalier con 2 casos reportados y por último un caso de perforación uterina con hemorragia incoercible. Cabe resaltar que cada una de las indicaciones presentadas están consideradas como Indicaciones Absolutas para realizar este evento obstétrico. (**Tabla 2**)

De los 29 casos estudiados, se correlacionó de forma satisfactoria el diagnóstico a través del estudio histopatológico en un total de 25 casos; con un total del 86 % de confirmación diagnóstica. La indicación que se correlacionó en el 100 % de los casos fue la de acretismo placentario y la que menos se correlacionó fue la de Atonía Uterina en solamente 2 casos confirmados, con esto se puede inferir que se cuenta con una buena escuela clínica para la identificación de problemas y la toma de decisiones en nuestro servicio; ya que solamente en 4 pacientes no se tuvo ninguna confirmación diagnóstica y por lo tanto no estuvo plenamente justificada la cirugía o su indicación fue muy precipitada. (**tabla 2 y 3 ; gráfica 7**)

En base a los hallazgos clínicos encontrados tenemos que el momento en que se realizó la Histerectomía obstétrica fue más significativo posterior a la operación cesárea en 10 de los 29 casos esto pudiera relacionarse a que en nuestro servicio, debido al número importante de población que se maneja, toda la operación cesárea que se realiza es por indicación de urgencia, con los principales inconvenientes que conlleva toda operación de éstas características. En 9 pacientes se pudo realizar la Histerectomía obstétrica en un mismo tiempo quirúrgico y anestésico, en 6 se realizó la operación posterior al legrado resaltando que 2 pacientes se les realizó el legrado fuera de la unidad y llegaron complicadas ya al servicio y solamente en 4 pacientes el procedimiento se realizó posterior al parto . (**gráfico 8**)

El tipo de técnica quirúrgica que se realizó en la población estudiada, tenemos que a 17 pacientes se les realizó histerectomía total a 11 pacientes se les realizó histerectomía subtotal y solamente a una paciente se realiza histerectomía total con salpingo – ooforectomía bilateral ajustándose siempre a los cánones descritos en la literatura de cada una de las técnicas y en base a las condiciones clínicas de las pacientes. (**gráfica 9**)

Por lo que corresponde a las complicaciones presentadas durante el evento quirúrgico tenemos que se presentó como principal complicación el choque hipovolémico en un 62 % de las pacientes con un promedio de sangrado total de 1876 ml .Dos pacientes se complicaron con infección del lecho quirúrgico de

las cuales una se tuvo que reintervenir para drenar absceso residual , una paciente se complicó con neumonía relacionada con la intubación oro-traqueal y en una paciente hubo ligadura parcial de uréter el resto de las pacientes (24%) no desarrolló ninguna complicación.

Cabe resaltar que solamente se presentó un caso de muerte materna que desarrolló falla orgánica múltiple secundario a descontrol metabólico por Diabetes Mellitus. Así como también se tuvo un caso de óbito secundario a ruptura uterina. Teniéndose una baja mortalidad materno – fetal .

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

1. En nuestros días la edad reproductiva sigue siendo un aspecto muy relevante que influye en menor grado en la decisión para realizar una histerectomía obstétrica ya que la mayoría de los casos se realizó en pacientes jóvenes y por ende culmina con su futuro obstétrico.
2. Es de gran utilidad realizar una historia clínica completa, sobre todo resaltando los antecedentes obstétricos para el manejo adecuado de la paciente.
3. El control prenatal sigue siendo la piedra angular para la detección y manejo oportuno de las complicaciones en la paciente embarazada.
4. Se tiene la suficiente experiencia clínica para la valoración de la condición clínica de las pacientes y en base a ésta se toma la decisión de realizar la Histerectomía Obstétrica.
5. La indicación que llevó a realizar una histerectomía obstétrica está sustentada con los hallazgos histopatológicos en el 86% de los casos y en 14 % de los casos no se encontró una justificación adecuada.
6. Es necesario el estudio histopatológico para sustentar y justificar la histerectomía obstétrica por el tipo de población que se maneja y para futuros problemas médico – legales que son cada vez más frecuentes en nuestros días.
7. El manejo quirúrgico que se les da en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México es el adecuado y se apega los cánones dictados en la literatura mundial.
8. Se tiene una baja mortalidad materno – fetal (1 muerte fetal 1 muerte materna de los 29 casos presentados).
9. La única complicación que se presentó durante la Histerectomía obstétrica fue un caso con ligadura parcial de uretero.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Roberto Ahued Ahued . Ginecología y Obstetricia aplicadas .2ª. edición. El manual Moderno. México DF. 2003 pp.637-41.
2. Chávez Azuela J., Reyes Ballin J. Morbimortalidad Materna en la Cesárea Histerectomía. Ginecobstetricia de México 1974; 35:55.
3. Béjar Cuba Julio. Histerectomía de Emergencia Durante la Gestación, en el Instituto Materno Perinatal. Tesis Especialista. Lima Perú 2001.
4. Durfee R.B., Evolución de la Cesárea Histerectomía. Clin. Obstet. Ginecol. 1969.2:575.
5. González Vargas Jorge. Cesárea Histerectomía e Histerectomía Obstétrica en el Hospital Español de México. Tesis especialista. México DF. 1998.
6. Ruiz Velazco V., Pérez Salazar J. Evolución de la Cesárea en México Ginec. Obs. México 1970, 27:115.
7. F. Gary Cunningham, Paul C. Macdonald. Williams Obstetricia. 20ª. Edición. Panamericana. Buenos Aires 2000. 175-180
8. Páez Aja., Nava F.J. y cols. Histerectomía Obstétrica por Anormalidad Orgánica y Funcional Materno-Fetal Asociadas a la Presencia de Patología Agregada. Act. Med. Gpo. Ang. 2003; 1 (4) : 211-15.
9. Mendoza Patricia y cols. Histerectomía obstétrica: Revisión de Casos del Hosp.. Luis Castelazo Ayala. Tesis especialista. México DF. 2002.
10. Nava Flores Jorge, J. Antonio Páez Angulo y cols. Indicaciones y Factores de Riesgo para Histerectomía de Urgencia. Ginecol. Obstet. Mex. 2002; Vol.70 (6):289-294.

11. Dina el Kady, Nina Doe, William M. Gilbert. 205 Cesarean hysterectomy: An analysis of risk factors and outcomes in a large population. Am. J. Obstet Gynecol. December 2003;Vol. 189 (6).
12. Sheiner E. Identifying Risk Factors for perinatum Cesarean Hysterectomy. A population-basaded study. J. Reprod Med August 2003; 48(8):622-6.
13. Bai SW et al. Peripartum Hysterectomy and associated factors. J Reprod Med Mar 2003; 48(3) :148-52.
14. John A. Rock, John D. Thompson, TELINDE. Ginecología quirúrgica. Octava edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina. 1999. pp. 648- 58.
15. Castañeda S.J. Peripartum Hysterectomy. J Perinatol Med 2000; 28 (6): 472-8.
16. D. Paul Seago, William E. Roberts et al .Planned Cesarean Hysterectomy : A Preferred Alternative to Separate Operations. Am. J. Obstet Gynecol 1999;180:1385-93.
17. Víctor Ruiz Velasco. La Operación Cesárea . La Prensa Médica Mexicana.1971. pp. 162 – 84.