



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Especialidad Ginecología y Obstetricia

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

**CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE EL DIAGNOSTICO
PREQUIRURGICO Y POSQUIRÚRGICO EN PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE MARZO 2010 A
MAZO 2012**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. HUMBERTO ORTIZ RODRIGUEZ

Asesores:

Dr. Fausto Moisés Coronel Cruz MASGO Dr. Antonio Guerrero MJSGO

México, D. F. Julio 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POST GRADO, UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.

DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS

JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE POST GRADO UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

DR. FAUSTO MOISES CORONEL CRUZ.
JEFE DE UNIDAD DE OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE POST GRADO UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.
ASESOR TEORICO

INDICE

I. Introducción.....	4
II. Marco Teórico.....	5
III. Definición.....	5
IV. Incidencia.....	5
V. Morbilidad.....	6
VI. Clasificación.....	6
VII. Indicaciones.....	7
VIII. Técnica de Histerectomía Pos Cesárea.....	8
IX. Planteamiento del Problema.....	10
X. Justificación.....	10
XI. Objetivos.....	11
XII. Material y Métodos.....	12
XIII. Plan de Análisis.....	16
XIV. Resultados.....	17
XV. Conclusiones.....	28

I. INTRODUCCIÓN

La exéresis del útero durante el embarazo después de un parto, aborto o en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica, procedimiento quirúrgico mayor, diseñado con el fin de preservar la vida en situaciones de urgencia. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano.

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de hemorragia y sépsis, después de grandes esfuerzos conservadores sin resultados.

El propósito de este estudio fue determinar la incidencia, características obstétricas, diagnósticos y correlación histopatológica entre el diagnóstico pre-quirúrgico y pos-quirúrgico a la realización de la histerectomía obstétrica en las pacientes atendidas en este centro, con la idea de implementar medidas preventivas que incidan en la disminución de la morbi-mortalidad materna.

I.I Histerectomía Obstétrica

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente siendo los más comunes los procesos hemorrágicos y/o infecciosos, los cuales al no responder al tratamiento médico conservador, se dispone de la posibilidad de retirar el útero antes de arriesgar la vida de la paciente.

La primera cesárea-histerectomía exitosa en la que sobrevivieron la madre y el bebé la reportó Eduardo Porro, de Pavia, Italia, en 1876, posteriormente, algunos ginecoobstetras comenzaron a utilizarla con fines de esterilización o para tratar otras enfermedades que se manifestaban al momento del parto, pese a que elevaba las cifras de morbilidad y mortalidad.

Como causa de hemorragia, los diagnósticos más comunes son: Trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea.

El objetivo de este estudio fue determinar incidencia, principales diagnósticos y la comparación del reporte histopatológico de la pieza quirúrgica con el diagnóstico pre-quirúrgico y pos-quirúrgico como parte de la justificación terapéutica de dicho procedimiento en una muestra del marzo 2010 a marzo 2012.

II. MARCO TEORICO

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbi-mortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.

La histerectomía obstétrica está indicada cuando la vida de la paciente se encuentra en riesgo. Es un procedimiento que requiere la intervención de personal médico altamente experimentado que pueda resolver cualquier complicación que ocurra.

La decisión de realizar una histerectomía con un diagnóstico oportuno va a influir en la evolución y pronóstico de las pacientes.

Cuando se realiza histerectomía obstétrica como último recurso comúnmente se encuentra en peligro de muerte la paciente. Lamentablemente lleva consigo la extirpación de uno de los órganos más preciados de las mujeres, considerándose muchas mutiladas, perdiendo con ello la posibilidad de reproducción no estando ajena a otras complicaciones médico quirúrgicas.

III. DEFINICIÓN

El retiro del útero en el momento del nacimiento del producto o durante el puerperio es definido como histerectomía obstétrica. El procedimiento se realiza como última opción y con la finalidad de preservar la vida de la paciente.

El parto o el puerperio constituyen un periodo de riesgo, donde pueden aparecer enfermedades dependientes o asociadas con el embarazo que pueden comprometer la vida de la madre. En ocasiones no existe otra alternativa que realizar la extirpación del útero como único tratamiento para salvar la vida.

IV. INCIDENCIA

La primera histerectomía pos-cesárea fue realizada por Horatio Storer en 1869. En un primer momento el procedimiento solo se realizaba como procedimiento de emergencia, pero a comienzos del siglo XX se convirtió en un método de esterilización aceptado. A medida que se adoptaron otras formas de esterilización, como la ligadura tubaria, el procedimiento volvió a limitarse al tratamiento de la hemorragia y a otras escasas indicaciones específicas.

Hay varias indicaciones para la histerectomía per-iparto de emergencia. Las tres razones más frecuentes son ruptura uterina, placenta previa y atonía uterina. Aunque la

incidencia exacta se desconoce, varios autores han informado tasas de entre 0.004 y 1.5 por cada 1000.

La incidencia reportada por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%. En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido a diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía. La incidencia real en México se desconoce, aunque algunos autores indican que es del 0.5 al 0.9%

Las principales causas de histerectomía obstétrica reportadas son: Ruptura uterina dehiscencia de cicatriz en cesárea previa con una incidencia calculada de 12%, placenta acreta con 4.1%, placenta previa 0.5%, abrupcio placentario 23.5%, atonía uterina 23.5%. El embarazo ectópico cornual o intersticial el 3% mientras que el cervical se presenta de 1 en 180 000 embarazos.

V. MORBILIDAD

Los trastornos que conducen a la realización de la histerectomía obstétrica de emergencia también son responsables de la morbilidad asociada con el procedimiento. Según la bibliografía se reporta que la principal complicación inmediata es el choque hipo-volemico, seguido de la lesión vesical, mencionando además lesión de uréter, vejiga, choque séptico y asistolia.

Entre las complicaciones mediatas se encuentran: Coagulación intra-vascular diseminada, hematoma de cúpula vaginal, absceso pélvico e infección en herida quirúrgica

VI. CLASIFICACIÓN

Clasificación según Obeid Layón y col.

IV. I Cesárea – histerectomía: Conocida como operación de Porro. Cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo.

IV. II Histerectomía Pos-cesárea: Cuando estos actos se realizan en dos tiempos diferentes.

IV. III Histerectomía Pos-parto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.

IV. IV Histerectomía Pos-curetaje o Pos-legrado: Si se hace luego de un curetaje o legrado uterino.

IV. V Histerectomía en Bloque: Extirpación del útero grávido con su contenido gestacional in situ.

VII. INDICACIONES

VII.1 CAUSAS HEMORRAGICAS

- ❖ Hemorragia
- ❖ Ruptura uterina por dehiscencia de cicatriz de cesárea previa
- ❖ Placenta acreta
- ❖ Placenta previa
- ❖ Abruption Placentario
- ❖ Atonía uterina
- ❖ Embarazo ectópico cornual o intersticial
- ❖ Trastornos de la coagulación
- ❖ Hematoma de la histerorrafia.
- ❖ Desgarro cervical

VII.2 CAUSAS NO HEMORRAGICAS

- ❖ Sépsis
- ❖ Perforaciones
- ❖ Necro-biosis del fibroma

VII.3 OTRAS

- ❖ Leiomiomatosis uterina
- ❖ Carcinoma cervical micro-invasor

VIII. TECNICA DE HISTERECTOMIA POS-CESAREA

La histerectomía pos-cesárea puede realizarse a través de una celiotomía media o transversa baja (tipo Pfanniestiel). Con frecuencia es más prudente realizar incisión media en caso de emergencia peri-parto.

En caso de acretismo placentario que involucre el segmento uterino, la histerotomía debe ser a nivel corporal, dejando la placenta in útero, cortando y ligando el cordón umbilical, procediendo a la histerorrafia en 1 plano con catgut crómico del 1, continuando con la técnica propia de la histerectomía.

La histerorrafia se realiza con súrgete continuo con catgut crómico del No. 1. Se debe disecar el colgajo vesical la cara anterior del segmento uterino inferior antes de iniciar la histerectomía, utilizando un instrumento cortante si se encuentran adherencias firmes. Si el sangrado es problemático, se debe pinzar y ligar la arteria uterina como paso inicial.

La histerectomía propiamente dicha inicia con la doble ligadura del ligamento redondo cerca del útero y con la ligadura del muñón distal con un punto de vicryl 0. Se amplía hacia los lados hasta los ligamentos redondos seccionados la incisión en la serosa besico-uterina, donde estaba inserta la vejiga.

La incisión peritoneal debe extenderse hacia la cara posterior del útero. Puede observarse el uréter donde cruza la arteria iliaca común a la altura de su bifurcación en la hoja interna del ligamento ancho y lugar donde se identifica con mayor facilidad. Ambos ligamentos uteroovaricos se pinzan, ligan y seccionan (fig. 1).

Se disecan, pinzan y cortan arterias uterinas (fig. 2). Se coloca pinza de Rochester Pean sobre las regiones proximales de estas mismas arterias para evitar el sangrado retrogrado. Este pedículo se anuda con un punto de vicryl No 1. Los siguientes pedículos corresponden al ligamento ancho cuya base es el ligamento cardinal. Con pinza Heaney o de Zepplin se pinzan, cortan y ligan con vicryl del 1 los ligamentos cardinales o de Mac Kernroe. Posteriormente se colocan pizas de Heaney a ambos lados del cérvix, cortando a nivel de cúpula vaginal por arriba de las pinzas, extrayendo la pieza quirúrgica. Se examina cuello uterino para corroborar que se ha extraído completamente.

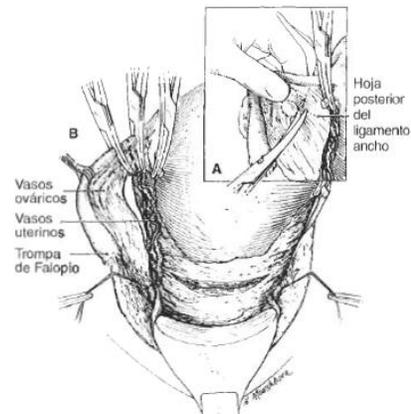


Fig. 1 Se perfora la hoja posterior del ligamento ancho en un segmento adyacente al útero y justo debajo de la trompa de Falopio, los ligamentos uteroovaricos y los vasos ovaricos. Luego éstos son pinzados dos veces cerca del útero y seccionados. En Williams obstetrics 19° Ed. Norwalk

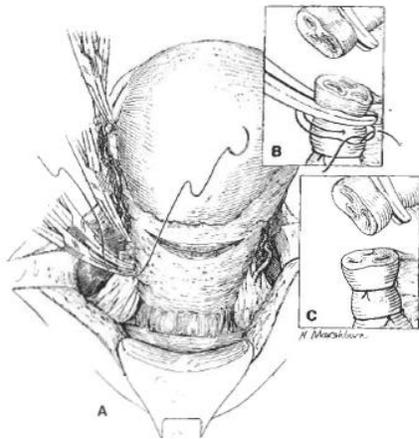


Fig. 2 Se pinzan dos veces arterias y venas uterinas a cada lado, justo al lado del útero, para luego seccionarlas En Williams obstetrics 19° Ed. Norwalk

Tras extirpar cuerpo uterino y cuello, se efectúa sutura del reborde de cúpula vaginal (orleado) con puntos hemostáticos uniendo ambos ángulos de la cúpula vaginal con ligamentos cardinales y utero-sacros en su nivel que corresponde, con Vicryl del 1. Un drenaje aspirativo intra-peritoneal puede ser útil para monitorizar pacientes con riesgo elevado de desarrollar hematomas o abscesos

No existen opiniones consensuadas acerca de la reperitonización de la pelvis. Debe controlarse la hemostasia de todos los pedículos de forma meticulosa antes de cerrar la incisión abdominal.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características, la incidencia, los diagnósticos y que correlación existe entre el reporte histopatológico y el diagnóstico pre-quirúrgico y pos-quirúrgico en pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México?

X. JUSTIFICACIÓN

1. La histerectomía obstétrica es un procedimiento que se realiza como emergencia ante eventos que ponen en peligro la vida de una paciente
2. Identificar la incidencia, diagnósticos más comunes y la correlación del reporte histopatológico con el diagnóstico pre-quirúrgico y pos-quirúrgico en pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica
3. Es un procedimiento que conlleva implícito un elevado riesgo de morbi – mortalidad
4. Es importante el sustento histopatológico como parte del complemento diagnóstico y de seguimiento de la paciente
5. Los resultados y conclusiones de esta investigación se utilizarán como referencia para la realización de medidas preventivas, modificación y actualización de normas en el manejo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica

XI. OBJETIVOS

XI. 1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia, características Obstétricas, diagnósticos más comunes y la correlación histopatológica de la pieza quirúrgica con la indicación pre-quirúrgica y pos-quirúrgica de las pacientes sometida a histerectomía obstétrica en el Hospital General de México de marzo 2010 a marzo 2012.

XI. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer las principales indicaciones de histerectomía obstétrica
2. Correlacionar diagnósticos histopatológicos con indicaciones pre-quirúrgicas y pos-quirúrgicas.
3. Identificar características Obstétricas y factores de riesgos de las pacientes sometidas a dicho procedimiento

XII. MATERIAL Y METODOS

XII.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de serie de casos observacional, descriptivo y transversal.

XII.2 POBLACION EN ESTUDIO

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de histerectomía Obstétrica en el periodo que comprende marzo 2010 a marzo 2012.

XII.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes con diagnóstico de egreso de histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012 en el Hospital General de México.

XII.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- ❖ Pacientes con expediente clínico incompleto
- ❖ Pacientes a las cuales se les realiza histerectomía obstétrica fuera del Hospital General de México.

XII.5 FUENTE DE INFORMACION

Secundaria por medio de la revisión del expediente clínico

XII.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha diseñada para tal fin

XII.7 VARIABLES

- ❖ Etapa Cronológica
- ❖ Indicación de HTA
- ❖ Diagnóstico pré quirúrgico
- ❖ Diagnóstico pos quirúrgico
- ❖ Reporte Histopatológico
- ❖ Antecedentes Gestacionales
- ❖ Control Prenatal
- ❖ Ingreso a Terapia Intensiva
- ❖ Recien Nacido Vivo
- ❖ Reporte clinico o de gabinete.

Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO
Etapa cronológica	Agrupación por edad de acuerdo a la capacidad de fecundación de la mujer Pubertad 10 – 14 años Adolescencia 14 – 21 años Adulthood 21 – 55 años
Indicación de Histerectomía obstétrica	Indicación para la realización de la HTA en hoja prequirúrgica
Diagnóstico posquirúrgico	Diagnóstico posterior a la realización de HTA en hoja posquirúrgica
Antecedentes Gestacionales	Número de gestas con desglose de partos, abortos, cesáreas y embarazos ectópicos previo a la realización de la HTA
Reporte histopatológico	Reporte de Patología
Control prenatal	Según la NOM atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio con un mínimo de 5 consultas
Ingreso a terapia intensiva	Posterior al procedimiento requirió de manejo en terapia intensiva
Recién nacido vivo	Producto obtenido en el evento nace vivo o muerto
Reporte clínico o de gabinete	Contar con nota en expediente de hallazgo clínico o por gabinete de factor de riesgo para realizar HTA obstétrica

Ficha de Recolección de Datos

CORRELACION HISTOPATOLOGICA EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE MARZO 2010 A MAZO 2012

1. Datos generales

Número de expediente

Edad de la paciente

2. Antecedentes gestacionales

Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Embarazo Ectópico _____

3. Control Prenatal

Si _____ No _____ Número de consultas _____

4. Indicación Prequirúrgica

Indicación de HTA: _____

5. Diagnóstico Posquirúrgico

Diagnóstico Posquirúrgico: _____

6. Reporte Histopatológico

Reporte de Patología: _____

7. Ingreso a Terapia Intensiva

Si _____ No _____

8. Recién Nacido

Si _____ No _____

9. Reporte de clínico o gabinete previo a evento quirúrgico

Reporte: _____

XIII. PLAN DE ANALISIS

Los datos se analizaron presentándolos en distribución de frecuencia con números absolutos y relativos en porcentajes.

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y se presentó mediante cuadros de frecuencia.

Los resultados obtenidos serán presentados en cuadros y gráficos.

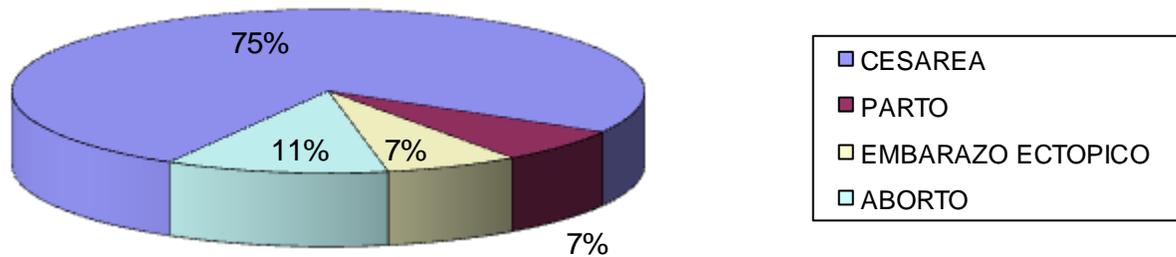
XIV. RESULTADOS

Tabla 1.

CESAREA	26
PARTO	7
EMBARAZO ECTOPICO	3
ABORTO	3
TOTAL	39

Tabla 1. Total de eventos obstétricos con diagnóstico de egreso de histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012.

**EVENTO OBSTETRICO CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE
MARZO 2010 A MARZO 2012**



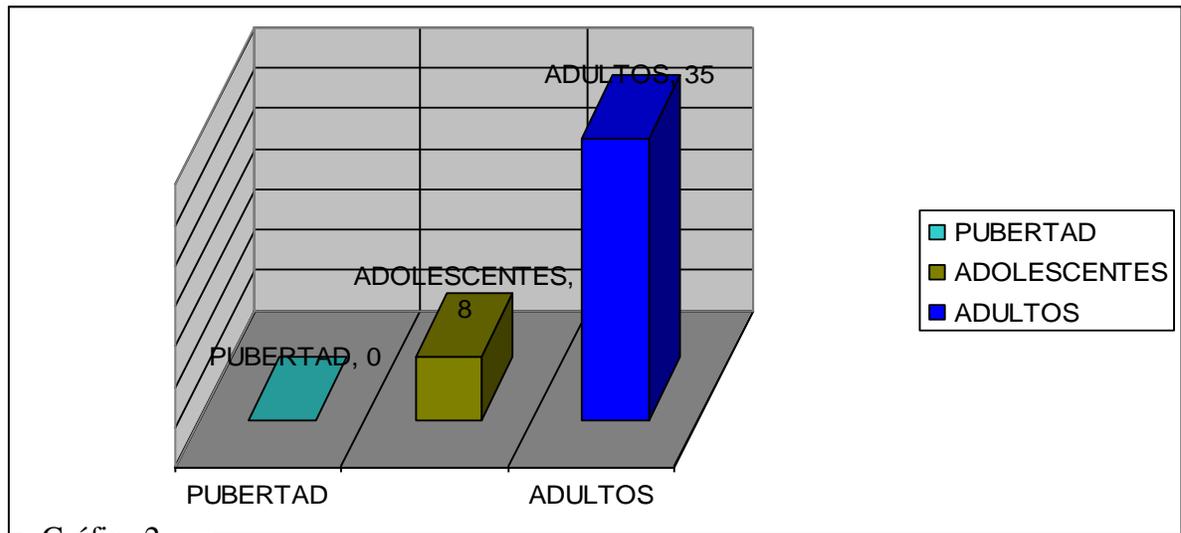
Gráfica 1

Gráfica 1. Porcentaje de eventos obstétricos con histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012.

Durante el periodo analizado de marzo 2010 a marzo 2012 se encontraron un total de 39 expedientes, de los cuales 30 contaban con reporte histopatológico y sobre los cuales se realizó la correlación con el diagnóstico prequirúrgico como parte del objetivo de esta tesis.

La incidencia de Histerectomía Obstétrica absoluta fue de 39 casos y, considerando que el total de nacimientos vivos que se presentaron en el periodo de marzo 2010 a marzo 2012 es de 1.26 por cada 1000 nacidos vivos.

Del total de los 39 casos de histerectomía obstétrica de marzo del 2010 a marzo del 2012 se observa una prevalencia de cesárea (*Tabla 1*) como principal evento obstétrico previo a la realización de la histerectomía obstétrica con un 75%, seguido por el parto con 11%; siendo similares el aborto con el embarazo ectópico con 7% cada uno, siendo entonces la histerectomía poscesárea como el principal tipo de histerectomía que se realizó en dicho periodo de tiempo (*Gráfica 1*).

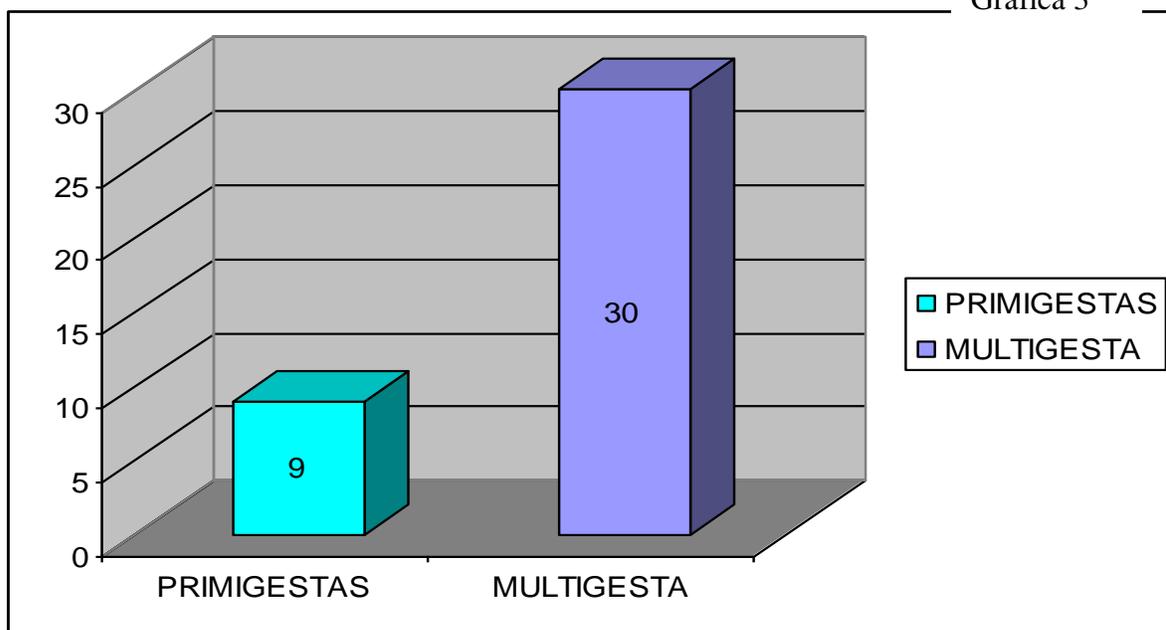


Gráfica 2

Gráfica 2 muestra los valores totales acorde a la etapa de la vida en la que se encontraban las pacientes contempladas en este estudio.

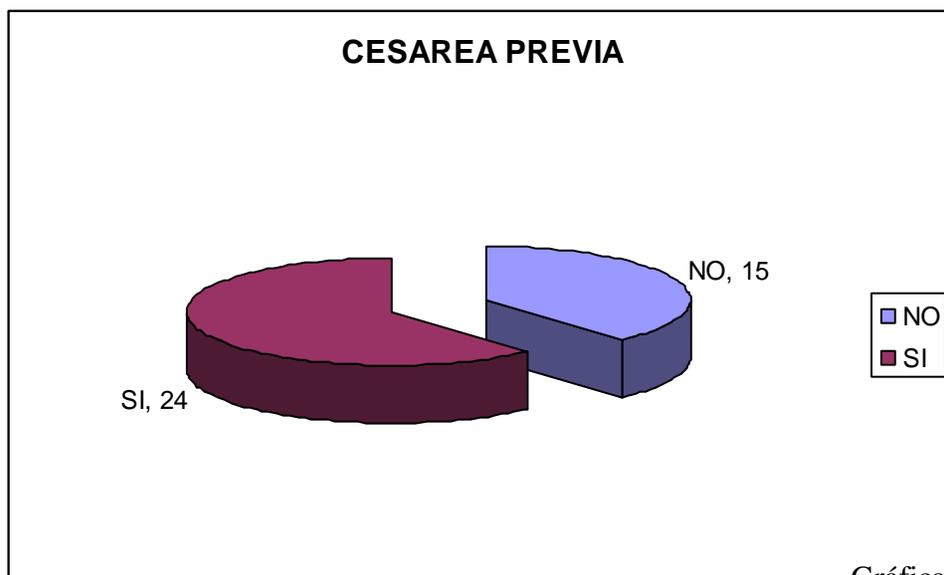
La *Gráfica 2* demuestra que la principal etapa de la vida en donde se presentó la realización de la histerectomía obstétrica fue en la población adulta con 31, esto tiene relación con el aumento de factores de riesgo como son mayor número de gestas, edad materna avanzada, problemas hipertensivos asociados al embarazo, obesidad y sobrepeso, entre otros más que pudieran influir en el desenlace obstétrico y que por consiguiente fueran los causantes de dicha terapéutica lo que no difiere de diversos reportes encontrados en la bibliografía. No se reportan pacientes en la pubertad mientras que el número de pacientes adolescentes es en total 8.

Gráfica 3



Gráfica 3. Primigesta VS. Multigesta

30 pacientes del total de casos reportados se encuentran en la definición de multigestas (*Gráfica 3*) lo que implica un factor de riesgo importante para múltiples eventos obstétricos que pudiesen necesitar histerectomía obstétrica como es el caso de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, atonía uterina, embarazo múltiple, acretismo placentario, etc.

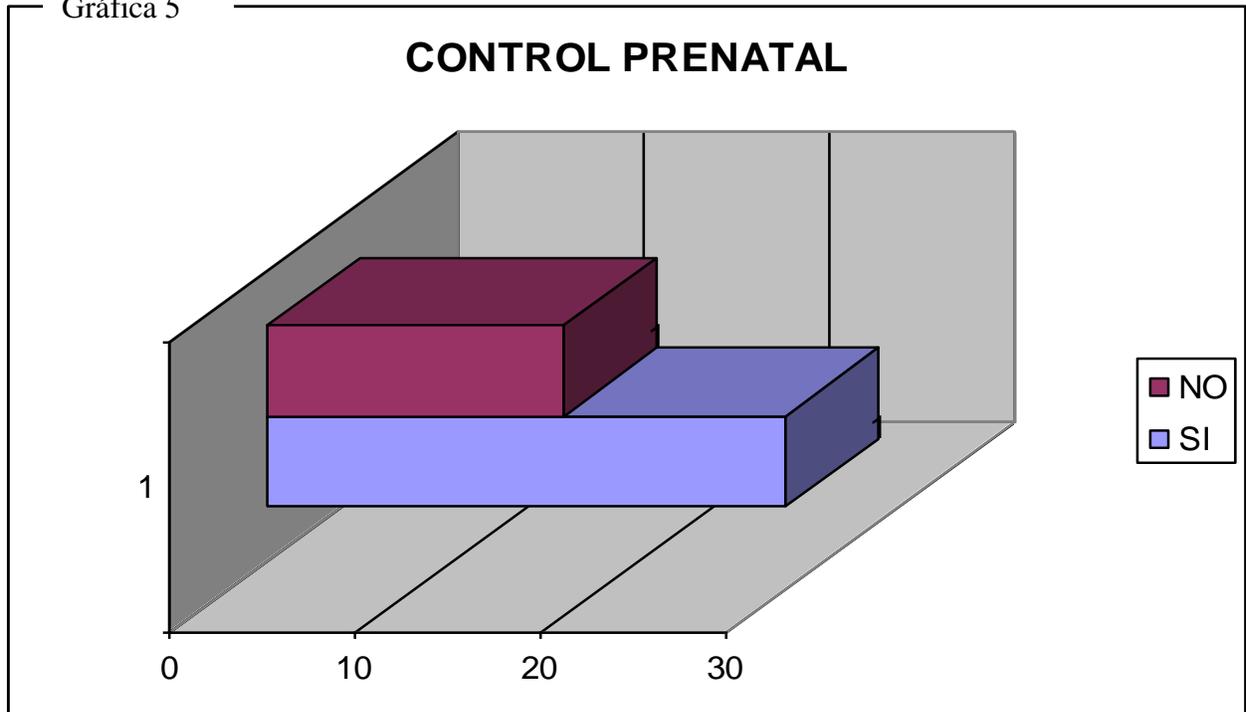


Gráfica 4

Gráfica 4. Pacientes con el antecedente de cesárea previa en la pacientes con histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012

De 39 casos observados en este estudio 24 mostraron como antecedentes obstétrico la realización de al menos una cesárea (*Gráfica 4*) esto concuerda con la bibliografía en donde artículos y textos mencionan la cesárea como un factor de riesgo paraventos obstétricos que concluyan en la necesidad de realizar histerectomía obstétrica.

Gráfica 5



Gráfica 5. Pacientes que cumplen con la definición según OMS de control prenatal.

Una de las variables a analizar en este estudio fue el hecho de que las pacientes contaran o no con control prenatal, esto siempre y cuando contaran con los requisitos que este implica, observando que solo 24 pacientes (*Gráfica 5*) cumplían con dicho requisitos lo que tiene implicaciones importantes en la prevención y manejo oportuno de eventos obstétricos imprevistos.

CUADRO 1. DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO		
DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
ATONIA UTERINA	7	17.9 %
ACRETISMO PLACENTARIO	10	25.64 %
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	4	10.25 %
CORIOAMNIOITIS	3	7.69 %
PLACENTA PREVIA	3	7.69 %
EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL	2	5.12 %
PERCRETISMO TOTAL	2	5.12 %
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	2	5.12 %
LECHO PLACENTARIO SANGRANTE	1	2.5 %
MIOMATOSIS UTERINA	1	2.5 %
UTERO COUVELAIRE	1	2.5 %
HEMATOMA DISECANTE	1	2.5 %
SANGRADO TRANSVAGINAL ACTIVO	1	2.5 %
DESGARRO CERVICAL	1	2.5 %
TOTAL	39	100 %

Cuadro 1. Diagnósticos Prequirúrgicos de pacientes con diagnóstico de histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012

CUADRO 2. REPORTE HISTOPATOLOGICO		
REPORTE	NUMERO	PORCENTAJE
ACRETISMO PLACENTARIO	8	26.66 %
ENDOMETRIOSIS	5	16.66 %
MIOMETRITIS	4	13.33 %
DECIDUITIS	3	10 %
MIOMATOSIS	2	6.66 %
PLACENTA PREVIA	2	6.66 %
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	2	6.66 %
EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL	1	3.33 %
UTERO COUVELAIRE	1	3.33 %
MIOMETRIO CON ISQUEMIA	1	3.33 %
PERCRETISMO PLACENTARIO	1	3.33 %
TOTAL	30	100 %

Cuadro 2. Reporte Histopatológico de casos de histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012.

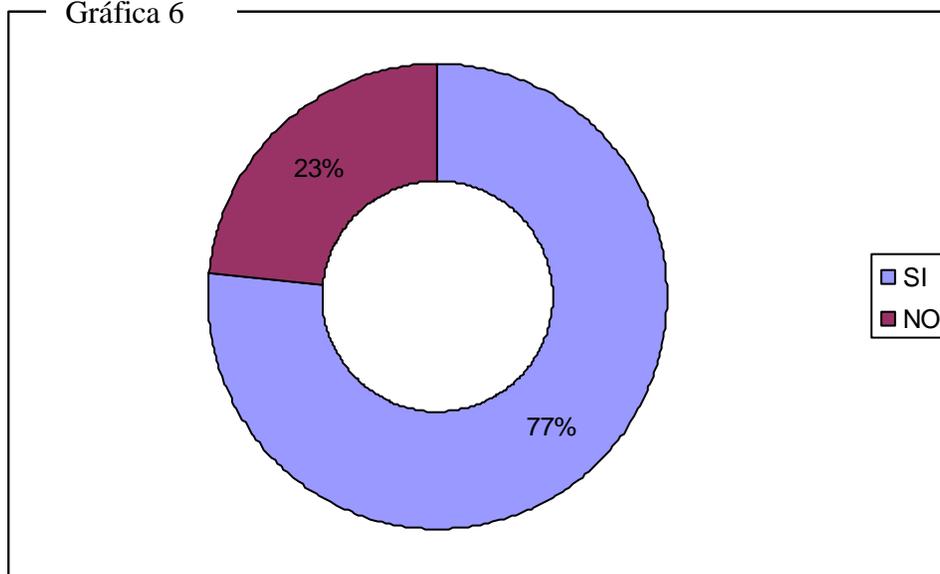
Los diagnósticos prequirúrgicos registrados se presentan en el *cuadro 1*; siendo la principal indicación el acretismo placentario (25.64 %), en segundo lugar la presencia de atonía uterina (17.9%) y en tercer lugar de frecuencia la dehiscencia de histerorrafia (10.25%) perteneciendo estas tres a la categoría de causas hemorrágicas para la realización de histerectomía obstétrica; mientras que en el *cuadro 2* se observa que el acretismo placentario con 26.6% de los casos fue el principal reporte histopatológico, seguido de endometriosis con 16.6 % y miometritis con 13.3%. Ambos cuadros concuerdan en que la principal indicación de histerectomía obstétrica fue el acretismo placentario.

**CUADRO 3. CORRELACION DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO CON
 REPORTE HISTOPATOLOGICO DE CASOS DE HISTERECTOMIA
 OBSTETRICA DE MARZO 2010 A MARZO 2012**

CASO	DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO	REPORTE HISTOPATOLOGICO
1	ATONIA UTERINA	INFILTRACION HEMATICA DEL MIOMETRIO
2	DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA Y ABSCELO PELVICO	ENDOMETRITIS AGUDA.
3	ACRETISMO PLACENTARIO	PLACENTA PERCRETA, INFARTO PLACENTARIO, PLACENTA MONOAMNIOTICA, CAMBIOS ISQUEMICOS
4	LECHO PLACENTARIO SANGRANTE	DECIDUA CON ISQUEMICA E INFARTO AGUDO, RESTOS PLACENTARIOS
5	ATONIA UTERINA	LEIOMIOMA RESTOS DECIDUALES
6	ATONIA UTERINA	MIOMETRIO CON ISQUEMIA
7	ACRETISMO TOTAL	ISQUEMIA UTERINA
8	ACRETISMO TOTAL	CAMBIOS ISQUEMICOS EN MIOMETRIO, PLACENTA PREVIA MONOCORIONICA.
9	MIOMA SUBSEROZO SANGRANTE	EDEMA Y NECROSIS FOCAL CON RESTOS DECIDUALES
10	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	ENDOMETRITIS AGUDA, CERVICITIS AGUDA
11	UTERO COUVALIER	NO
12	ACRETISMO PLACENTARIO	ENDOMETRITIS AGUDA
13	ATONIA UTERINA	UTERO POSGESTACIONAL CON EDEMA Y NECROSIS FOCAL CON RESTOS DECIDUALES
14	DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	NO
15	ACRETISMO PLACENTARIO PLACENTA PREVIA CHOQUE HIPOVOLEMICO	PLACENTA PERCRETA, INFARTO PLACENTARIO, PLACENTA MONOAMNIOTICA, CAMBIOS ISQUEMICOS
16	ACRETISMO PLACENTARIO PLACENTA PREVIA CHOQUE HIPOVOLEMICO	PLACENTA PERCRETA, INFARTO PLACENTARIO, PLACENTA MONOAMNIOTICA, CAMBIOS ISQUEMICOS
17	ATONIA UTERINA	UTERO POSPARTO, ACERTISMO PLACENTARIO
18	PB DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	MIOMETRITIS AGUDA, ENDOCERVICITIS AGUDA
19	ACRETISMO PLACENTARIO	ENDOMETRITIS AGUDA Y CRONICA, CAMBIOS ISQUEMICOS AGUDOS
20	CORIOAMNIOITIS SUBCLINICA	LEIOMIOMA INTRAMURAL ENDOMETRIO
21	ATONIA UTERINA	NO
22	CORIOAMNIOITIS CLINICA + DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA PREVIA	NO
23	DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	NO
24	PB ACRETISMO PLACENTARIO + MIOMATOSIS UTERINA	NO
25	PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO FOCAL	NO
26	ACRETISMO PLACENTARIO	UTERO GESTACIONAL REACCION DECIDUAL
27	PLACENTA PERCRETA	DECIDUITIS AGUDA ABSCEDADA, INFARTO PLACENTARIO

28	ACRETISMO PLACENTARIO	ENDOMETRIO CON REACCION DECIDUAL, CAMBIOS ISQUEMICOS MODERADOS
29	ATONIA UTERINA	CORIOAMNIOITIS AGUDA, VELLOSIDADES DEL 2DO TRIMESTRE CON FIBROSIS EXTENSA
30	DPPNI, ATONIA UTERINA	INSERCIÓN DE PLACENTA BAJA CON RUPTURA DEL SEGMENTO PLACENTARIO
31	ACERTISMO PLACENTARIO	NO
32	HEMATOMA DISECANTE	UTERO GESTACIONAL CON INFARTOS RECIENTES
33	SANGRADO TRANSVAGINAL ACTIVO	SINCITIO TROFOBLASTO, VELLOSIDADES CORIONICAS, ADENOMIOSIS ENDOMETRIO
34	ATONIA UTERINA	CERVICITIS CRONICA.
35	HIPOTONIA UTERINA DESGARRO CERVICAL	ENDOCERVICITIS CRONICA, CAMBIOS ISQUEMICOS AGUDOS, EDEMA INTERSTICIAL DEL ENDOMETRIO.
36	CESAREA ITERATIVA + RIESGO COMPLICACIONES	CAMBIOS ISQUEMICOS UTERO POSPARTO ENDOMETRIO DECIDUAL, CERVICITS CRONICA, PLACENTA MONOAMNIOTICA.
37	DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA PREVIA	INSERCIÓN DE PLACENTA BAJA CON RUPTURA DEL SEGMENTO PLACENTARIO
38	ATONIA UTERINA	CONGESTION VASCULAR CERVICAL HEMORRAGIA DE CERVIX
39	DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA PREVIA	ENDOMETRIO HIPERSECETOR, LEIOMIOMA SUBSEROSO IMPLANTACION PLACENTARIA ISTMO CERVICAL

Gráfica 6



Gráfica 6. Porcentaje de correlación reporte histopatológico con diagnóstico quirúrgico en pacientes con histerectomía obstétrica de marzo 2010 a marzo 2012

El *cuadro 3* junto con la *gráfica 6* muestran que hasta el 77 % del total de casos reportados en este periodo se menciona en el reporte de patología un hallazgo relacionado con el diagnóstico prequirúrgico, esto es importante ya que esto sirve de complemento y sustento diagnóstico, así como de justificación para la realización de dicho procedimiento, ya que como se mencionó previamente este procedimiento podría llegar a ser un evento con un elevado número de comorbilidades. El 23% restante no muestra al menos en el reporte histopatológico una clara correlación sin embargo esto no quiere decir que no se haya presentado un evento clínico por el cual se haya realizado la histerectomía obstétrica.

XV. CONCLUSIONES

- ❖ La incidencia de de histerectomía obstétrica en el periodo de marzo 2010 a marzo del 2012 en el hospital General de México correspondió a xxxx por cada 1 000 nacido vivos.
- ❖ La edad media de las pacientes fue de xxx años siendo la etapa adulta la que predomina en las pacientes sometidas a este procedimiento
- ❖ La cesárea es el evento obstétrico previo a la realización de la histerectomía obstétrica con un 75% de los casos.
- ❖ Treinta pacientes tenían como antecedentes más de un evento obstétrico lo cual corresponde a más del 50% de los casos estudiados.
- ❖ Dentro de los antecedentes obstétricos a mencionar la cesárea se presentó en 24 pacientes siendo el mismo número aquellas que cumplían con el requisito de control prenatal.
- ❖ Las indicaciones prequirúrgicas más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron acretismo placentario (25.64%) y atonía uterina (17.9%).
- ❖ Los reportes histopatológicos acretismo placentario (26.6%) y endometritis (16.6%) ocupan la mayor incidencia en los 30 casos estudiados.
- ❖ El 77% de los casos cuenta con un dato histopatológico que lo correlaciona con el diagnóstico prequirúrgico.

Con base a lo expuesto se recomienda:

1. El médico debe estar capacitado para llevar a cabo la realización de histerectomía obstétrica de urgencia y manejar oportunamente las complicaciones, que en ocasiones son catastróficas para la madre y el recién nacido.
2. Es importante mencionar que debemos tener al alcance los diferentes tratamientos conservadores que existen e ir a la vanguardia en cuanto a los manejos con los que cuentan otras instituciones y/o países; en conjunto, recibir el adiestramiento de las múltiples técnicas de aplicación de estos procedimientos, ya que esto se verá reflejado en menor morbimortalidad materna en manos hábiles y expertas.
3. Es importante tomando en cuenta los bajos recursos disponibles y los elevados costos hospitalarios que consume una paciente de esta naturaleza, debemos llegar a un acertado y pronto diagnóstico, que se verá reflejado en las complicaciones e ingresos de estas mujeres a la Unidad de Terapia Intensiva, puesto que a mayor tiempo de retraso en el diagnóstico, habrá mayores complicaciones y, por ende, mayor gasto de recursos.
4. La exigencia de los maestros de la especialidad hacia el médico en formación debe ser guiada, con el objeto de disminuir, en la medida de lo posible, este tipo de complicaciones, tomando las medidas adecuadas y conociendo previamente el trasfondo de esta entidad, lo que dará como resultado disminución en la morbimortalidad materna.
5. Adecuar programas para las pacientes embarazadas que les ayuden a tomar conciencia sobre su oportuna y puntual cita médica prenatal con el objetivo de identificar factores de riesgo para histerectomía obstétrica.

XVI. BIBLIOGRAFIA

1. Rock J. Ginecología quirúrgica Te – Linde. 8 va ed. 1998. Buenos Aires. Panamericana. 897 – 902
2. Ahued AJR. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2da ed. México: El Manual Moderno; 2003; 637 – 640
3. Reveles VJA, Villegas RG, Heernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA, Histerectomía Obstétrica, incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Méx 2008;76(3): 156 – 160
4. Nava FJ et al. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. Ginecol Obstet Méx 2002; 70: 284 – 289
5. Langer A. Hernández B. La mortalidad maternal: una prioridad para la investigación y la acción. Gac Med méx 2000; 136 (supl3): s49 – 53
6. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol scand 2001; 80: 409 – 12
7. Baskett TF. Emergency obstetric hysterectomy. J Obstet Gynecol 2003; 23 (4): 353 – 5
8. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004; 64 – 23