



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

11217⁵⁹
lej.

**División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco - Obstetricia No. 4
Departamento de Enseñanza e Investigación**

**"PERFORACION UTERINA EN
PACIENTES OBSTETRICAS"**

TESIS DE POST-GRADO

Para la Especialidad de Gineco-Obstetricia

AUTOR: DR. HECTOR MANUEL PONCE AGUILAR

0271992

Coordinador: Dr. Roberto A. Velasco Almeida

México, D. F.

Enero de 1999

**TESIS CON
RALLA DE ORIGEN**

1999



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.

S110
Q15

PAGINACION

INTRODUCCION

Una complicación obstétrica grave es la perforación uterina, por la morbimortalidad del padecimiento y la repercusión en el futuro obstétrico de una -- mujer.

Poco es lo que se ha escrito sobre esta entidad, probablemente debido a su -- etiología iatrogénica.

Diversos estados patológicos de la mujer en el estado grávido puerperal, ameritan como terapéutica esencial un legrado uterino, considerado como cirugía menor y que sin embargo es responsable de diversas complicaciones, entre las mas importantes la perforación del utero.

La perforación uterina puede considerarse un accidente que se presenta durante un procedimiento quirúrgico, con fines de evacuación del producto de una -- gestación y que en gran número de casos es realizado por personal empírico; -- con el consecuente aumento de complicaciones que comprometen la vida, situación muy común en nuestra población dado su bajo nivel sociocultural, constituyendo un problema con repercusiones de tipo social importante.

OBJETIVO

Nos proponemos con este trabajo realizar un estudio retrospectivo de los -- casos de perforación uterina tratados en nuestra unidad en un período de --

tres años. Analizaremos la incidencia de este procedimiento, tratamiento -
instituido, evolución intrahospitalaria y morbilidad del proceso; - --
parámetros que hasta el momento no se encuentran analizados estadísticamen-
te en ningún estudio de nuestro hospital.

Tendremos como meta el conocimiento de los resultados del manejo hasta - --
ahora llevado a cabo, con el fin de normar nuestra conducta.

PERFORACION UTERINA EN PACIENTES OBSTETRICAS

FRECUENCIA:

La perforación uterina tiene una frecuencia muy variable, reportándose en la literatura mundial una incidencia que va de 0.4 a 15 por 1000 abortos. - Esto pudiera estar en relación a los diferentes parámetros de estudio de -- cada autor en particular, como son el tipo de población seleccionada y la capacitación del personal médico.

A continuación se anota las diferentes frecuencias reportadas en la literatura: (13) (3) (9)

INCIDENCIA DE PERFORACION UTERINA

AUTOR	INCIDENCIA*
COURTNEY	15
PAKTER and NELSON	1.8
WALTON	2
TIETZE and LEWIT	3
OLSEN and NIELSEN	9
BERIC and KUPRESANIN	0.4
NATHANSON	0.8

* por 1000 abortos

Autores mexicanos, como Ruíz Velasco, reportan una incidencia de 1:333 legrados; el Dr. Espinoza de los Reyes, 1:446 legrados. Estos autores tomaron en cuenta en sus estudios, perforaciones ocurridas en pacientes obsté--

tricas y ginecológicas.

Es necesario también tomar en cuenta la incidencia que tiene la perforación uterina con respecto a otras complicaciones que se presentan durante el legrado de tipo obstétrico; revisando la literatura se encuentra que esta complicación ocupa un lugar importante. Se reporta como complicación mas frecuente la retención de restos postlegrado, la hemorragia excesiva después del legrado y las lesiones traumáticas durante este acto (perforación uterina y laceración cervical), teniendo menor frecuencia otras complicaciones como son: aborto fallido, endometritis, parametritis, absceso pélvico, etc. (6) (7) (8).

Con respecto a las lesiones traumáticas lógicamente la laceración del cervix es mas frecuente que la perforación uterina, lo cual apoya Nemeč (7). Existen reportes, como el de Wulff (6) que tiene cifras menores de laceración cervical; aunque lo mas probable sea que las laceraciones cervicales no fueron reportadas en todos los casos de su análisis.

Hay concordancia en la mayoría de los reportes, de que el mayor número de complicaciones se presentan en el aborto del segundo trimestre de la gestación, lo que se explica por el tamaño uterino, la actividad uterina, el adelgazamiento de las paredes del utero y la fijación de las partes fetales así como su extracción. (7) (6) (3).

Se menciona que la mayoría de las perforaciones uterinas, ocurren debido a una extrema anteflexión o retroversión uterina. Nathanson (13), menciona -

la retroversión uterina como un factor predisponente importante, ya que en su estudio de 24 pacientes, 14 de ellas tenían esta actitud uterina. En el estudio de Niels (3), este factor no fue significativo encontrando solo tres de 11 casos reportados.

El sitio de perforación mas frecuente reportado y casi por unanimidad, fue el cuerpo uterino que incluye fondo uterino, cuerno, pared anterior, pared posterior y paredes laterales, con incidencia de mayor o menor respectivamente. (5) (12) (13) (9). Se menciona como segundo lugar en incidencia de perforación el segmento inferior y por último el cervix.

En un reporte de una serie de perforaciones publicadas por Berek y Stubbeffield (1), mencionan una rara elevada incidencia de perforaciones a nivel del istmo y cervix, con laceración de la arteria uterina.

La perforación en fondo, pared anterior y posterior, tienen menos incidencia de sangrado importante, que la perforación en las paredes laterales, el segmento inferior y el cervix, por la mayor facilidad con que se afecta a este nivel la emergencia de los vasos uterinos. (Figura No. 1).

Es importante analizar el instrumento con el cual se realizó la perforación, ya que dependiendo de éste podemos inferir el daño uterino y de estructuras adyacentes, lo que modificará la conducta terapéutica.

De acuerdo a la literatura revisada, se menciona que la legra es el instrumento perforante que con mayor frecuencia se ve implicado; con una frecuen--

cia menor y en orden decreciente se encuentran el histerómetro, el dilatador de Hegar, la pinza de anillos y la cánula de succión. En la siguiente tabla se reportan estas incidencias de acuerdo a los diferentes autores: (5) (12) (13).

INSTRUMENTO PERFORANTE
(PORCENTAJES)

AUTOR	LEGRA	HISTEROMETRO	DILATADOR	PINZA	CANULA DE SUCCION
Espinoza de R.	52	36	4	4	0 -
Ben Baruch	73.1	17.2	5.8	0	3.9
Nathanson	12.5	41.6	12.5	0	20.8

La incidencia indiscutiblemente varía de acuerdo a la frecuencia con que se utilizan algunos procedimientos, como son el legrado por aspiración, específicamente en el caso de Nathanson (13).

FACTORES PREDISPONENTES:

Existen ciertas situaciones en las cuales la perforación uterina suele -- ocurrir con mayor frecuencia; entre ellas se menciona la actitud uterina, - retroversión o extremada anteflexión, la inexperiencia del cirujano al realizar una mala exploración ginecológica y falta de pericia para manejar los instrumentos en la cavidad uterina. Algunos estados patológicos aumentan - la incidencia de perforación, en orden decreciente: mola hidatiforme, abortos incompletos, infectados y retención de restos postparto. (5)

DIAGNOSTICO:

El pronto reconocimiento de la perforación es de máxima importancia, un --- signo diagnóstico es el pasaje de un instrumento más allá de la profundi-- dad de la cavidad del útero; la aparición de intestino entre las ramas de - la pinza de anillos, es una prueba lamentable pero segura de que se ha per-- forado el útero y de que los intestinos han irrumpido a través de la abertu-- ra, comprobable lesión de pared intestinal. Otro signo diagnóstico es la - corroboración de la hemorragia interna o externa a raíz de la intervención, y que en algunas ocasiones suele ponerse de manifiesto cuando la paciente - ha abandonado ya la sala de operaciones. Sin embargo, recordemos a este -- respecto la opinión de Te Linde, quien indica que no es raro que la perfora-- ción pase inadvertida por el cirujano o bien esta sea ocultada deliberada-- mente. (9)

La sintomatología que se encuentra en estos casos es frecuentemente pobre y creemos puede dividirse en inmediata y tardía. En la primera de ellas lo - mas aparatoso es la salida brusca de sangre a través del cervix, que nos -- está indicando perforación de un vaso y que sugiere posible perforación - -- hacia alguno de los parametrios. Esto, sin embargo, se presenta pocas ve-- ces, ya que afortunadamente la mayoría de las perforaciones ocurren en el - fondo uterino, donde la hemorragia rara vez es copiosa como para ocasionar hemorragia masiva externa o bien interna.

Ha sido relatado además choque hipovolémico lentamente progresivo sin san-- grado externo, en los casos de herida de los vasos uterinos con hematoma -- creciente en el ligamento ancho.

La sintomatología tardía sera fundamentalmente de tipo infeccioso, con aparición rápida en el caso de perforación de visceras del tracto digestivo, o -- bien infección secundaria de la perforación con diferentes grados de celulitis pélvica. Es aceptado que los abscesos pelvianos tardíos, que aparecen -- dos o tres semanas después del legrado, son debidos a perforaciones uterinas insospechadas o incorrectamente valoradas y/o manejadas. (5).

Gran cantidad de autores (9) (5) (2) (13), recomiendan que cuando el operador sospeche que ha perforado el utero, se introduzca en forma cuidadosa y -- lenta una sonda uterina roma a través de la perforación sospechada, para determinar con seguridad si la pared ha sido o no perforada. Entre estos autores M. Friedman refiere (2), que cuando la perforación lateral o extremadamente baja el sondeo no es siempre diagnóstico, ya que el paso de la sonda -- puede ser bloqueado por la localización del ligamento ancho.

Con respecto a este manejo existe controversia, ya que algunos autores mencionan que si se sospecha perforación no es recomendable la introducción de ningún instrumento para determinar la magnitud del daño causado, debido a -- que raramente podrá brindar información valedera y sin complicar la herida. (5)

En toda perforación se procederá a sondear la vejiga, sobre todo si se sospecha perforación de la pared anterior uterina, con el fin de observar el -- aspecto macroscópico de la orina (sangrado), que determinará si hubo lesión vesical.

La laparoscopia puede ser de gran utilidad como método diagnóstico en los ca sos en que se sospeche perforación. Además de corroborar el daño nos informa sobre el sitio del mismo, el tamaño de éste, la cuantía del sangrado y la lesión a órganos adyacentes.

El procedimiento endoscópico además de ser diagnóstico ocasionalmente puede ser terapéutico y los datos que proporciona modifican el manejo.

MANEJO:

El manejo es sumamente variable dependiendo del cirujano o de las normas de cada institución, de la disponibilidad de equipo, de los antecedentes y condiciones clínicas que presente la paciente.

En la construcción del plan de manejo de la perforación, las siguientes preguntas deben ser contestadas: Donde está la perforación?. Cuál instrumento causó la lesión?. Es el aborto completo, incompleto o no se ha realizado, o presenta alguna patología agregada?. Cuántas semanas de gestación presenta? Hay alguna evidencia de daño a estructuras extragenitales y cuál es la --- magnitud?. Hay formación de hematomas o evidencia de pérdida sanguínea continua intraperitoneal?. (2)

El manejo puede ser de dos tipos: el primero conservador o expectante y el -segundo de tipo quirúrgico, con exploración por medio de laparoscopia y/o --laparotomía.

Existe discusión entre estas dos conductas, por ejemplo, Lauersen y Birnbaum (3) sugieren que todas las pacientes con perforación uterina deben someterse a exploración quirúrgica, ya sea con laparoscopio o laparotomía; mientras -- que Friedman (2), refiere que no es necesaria la exploración quirúrgica en -- todas las pacientes, algunas las maneja en forma conservadora con vigilancia estrecha, sobre todo en aquellas pacientes en las que la evacuación del - -- utero ha sido completada y la perforación es la línea media. En caso de que la perforación sea lateral o el producto de la gestación haya sido extraído total o parcialmente, se realizará laparoscopia para ver la necesidad de -- una intervención mayor o para completar, con control laparoscópico la limpieza de la cavidad uterina.

Cada centro hospitalario tiene una norma de manejo a seguir en algunas va- - riantes como ya hemos expuesto, Lauersen y Birnbaum (3) recomiendan las si-- guientes actitudes de manejo:

- 1.- Al sospechar perforación se suspende la instrumentación uterina y se - verifica la lesión con sondeo uterino.
- 2.- Si después del legrado hubo instrumentación extensa con legros o pinzas largas y se remueve tejido graso u otros tejidos extrauterinos, o si - hay evidencia de shock, estará indicada la laparotomía en forma inme-- diata.
- 3.- Si la paciente presenta antecedentes de cirugía abdominal, si es muy - obesa, se realizará laparotomía.
- 4.- En todos los otros casos se procederá a efectuar una laparoscopía. Se sondeará la vejiga y si la orina es hemática la laparotomía debe estar

indicada.

5.- En la laparoscopia el sitio de la perforación es inspeccionado en su tamaño, sangrado, y protrusión de tejidos de la concepción. Las pequeñas perforaciones con mínimo sangrado pueden ser cauterizadas. Las laceraciones importantes con sangrado activo y/o salida de productos del aborto, requiere laparotomía. Si se nota un hematoma extraperitoneal se observará para ver si aumenta de tamaño, si hay incremento de éste la laparotomía estará indicada.

Se inspeccionará la superficie de la serosa de la vejiga y recto tan completamente como sea posible, si es notado algún daño severo se realizará laparotomía.

El aborto será completado de ser necesario bajo visión directa del laparoscopio.

Posterior a que se ha hecho el diagnóstico de perforación, o exista duda importante de ésta, se debe valorar también según Te Linde (9) el tipo de utero que ha sido lacerado:

- 1.- Perforación uterina en el transcurso de un legrado aséptico.
- 2.- Perforación uterina al completar un aborto séptico o no.
- 3.- Perforación producida anteriormente al legrado por una persona o por la misma paciente.

De la observación cuidadosa de los puntos anteriormente señalados, se desprenderá casi siempre la conducta terapéutica a seguir; resulta obvio señalar que el pronóstico se ensombrece en cuanto a las posibles complicaciones según el tipo de útero que haya sido perforado.

Es acuerdo unánime que toda perforación ocurrida fuera del hospital es tributaria de laparotomía exploradora por ser el único medio adecuado para determinar la extensión de los daños causados y proceder a su correcta terapéutica. (5)

De acuerdo a los hallazgos encontrados ya sea en la laparotomía o laparoscopia se decidirá la terapéutica a seguir. En la mayoría de los casos, las lesiones provocadas pueden ser reparadas por medio de sutura. Sin embargo si las lesiones son muy extensas que provoquen hematomas importantes que deformen la región, o se hagan bordes anfractuados que dificulten la sutura, se llevará a cabo la histerectomía. Si los datos antes señalados se acompañan de infección la morbilidad aumenta en forma importante, por lo que tomará una conducta más radical.

Existen otros parámetros que pueden modificar la decisión del cirujano con respecto al tratamiento final, entre ellos la edad y paridad de la paciente, así como también su deseo o no de nuevos embarazos. En casos graves estos se deberán tomar en cuenta en forma secundaria.

En los casos de perforación con aborto séptico, especialmente en aquellos que llegan al hospital con cuadros muy severos de peritonitis, shock séptico,

antecedentes de maniobras abortivas; el manejo debe encaminarse en forma -- adecuada mediante el empleo juicioso de medidas terapéuticas tendientes a -- limitar el proceso séptico, corregir las alteraciones hemodinámicas y posteriormente erradicación del foco séptico.

El aborto séptico constituye la principal causa de muerte dentro de las ocurridas por infección de causa obstétrica, y representa el 20 a 50% de todas las muertes maternas, (10 (11), es por esto que el cirujano se ha visto en -- la necesidad de emplear recursos radicales, desde hace algún tiempo estamos presenciando el uso mas liberal de la histerectomía obstétrica para resolver algunos problemas que comprometen la integridad materna.

La perforación uterina que ocurre en el aborto infectado puede tener diferentes grados de severidad. En aquellos casos leves que han respondido satisfactoriamente al manejo instituido, se debe tomar una actitud conservadora y saturar una lesión que sea reparable. Los casos mas graves evolucionan hacia el estado de shock severo, con estado septicémico y participación visceral; la diseminación de la infección o las toxinas se hace por vía sanguínea, las cifras tensionales son muy bajas, se instala la hipotermia, angustia, obnubilación, coma y reserva alcalina muy baja. Estas infecciones -- que rompieron todas las barreras y defensas con claudicación total del organismo, deberán ser controladas a base de una potente antibioticoterapia y -- estabilización hemodinámica de la paciente para posteriormente proceder a la erradicación total del foco séptico.

PROFILAXIS

La perforación uterina y sus complicaciones son inevitables, éstas pueden ser reducidas pero no totalmente erradicadas, Eastman hace notar que la perforación se debe siempre a errores de técnica o de criterio. Enfatizaremos a continuación algunos principios quirúrgicos o eventualidades dignas de tomarse en consideración para la prevención de este accidente, casi siempre evitable cuando se hace una juiciosa valoración de cada caso en particular. (5).

Se deberá realizar una exploración bimanual cuidadosa previa al legrado, detectando el tamaño del utero, su movilidad, la actitud de éste, desviaciones, etc. En caso de detectarse algo ante o retroflexión se deberá hacer -- tracción cervical del utero en el mismo plano de la vagina, para reducir -- esta actitud y facilitar la dilatación y manejo de instrumental intrauterino. Insistir en que la dilatación cervical cuando ésta es extremadamente difícil, puede crear una falsa vía. El histerómetro y los dilatadores deben introducirse de modo que se adapten en la posición del utero. En caso de requerir dilatación cervical, deberá ser adecuada para manejar instrumentos con facilidad o mejor aún poder introducir un dedo a la cavidad uterina.

El introducir pinzas de anillos en un utero atónico origina lesiones por -- arrancamiento que son las más extensas, por lo que es recomendable administrar oxitocina o derivados del cornezuelo del centeno previamente a cualquier maniobra uterina.

Cuando el legrado lo efectúa personal entrenado, el diagnóstico de perfora--

ción lo establece casi siempre de inmediato el operador, sobre todo si ha seguido una secuencia quirúrgica adecuada y ha tenido en mente la posición del útero, el tamaño de la cavidad y el espesor de la pared del órgano. (5)

La profilaxis en el caso de las pacientes que ingresan con abortos sépticos y maniobras abortivas, deberá de ser en base a orientación de tipo social y educación para la salud, ya que en la mayoría de los casos ingresan a el -- medio hospitalario en estadios avanzados de infección y shocks, en algunas ocasiones ya irreversibles.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos del Hospital de Gineco Obstetricia - - No. 4 del IMSS; de pacientes internadas con diagnóstico de perforación uterina tratadas en un período comprendido entre enero de 1980 y junio de 1983.

Se realizó un análisis integral sobre la incidencia del padecimiento, tratamiento, evolución intrahospitalaria y morbimortalidad de cada una de estas - pacientes.

Los datos específicamente buscados fueron: edad, nivel socio-cultural, número de gestaciones, abortos previos, antecedentes de cirugía abdominal, edad gestacional, diagnóstico de internamiento, antecedentes de maniobras abortivas o legrado uterino fuera de la unidad. Se dividieron a las pacientes en dos grupos, con proceso infeccioso uterino previo a su internamiento y sin este. Tipo de tratamiento, expectante o quirúrgico, hallazgos transoperatorios, sitio de perforación, actitud uterina. Morbimortalidad presentada tomando en cuenta y por separado las complicaciones transoperatorias y postoperatorias tempranas, mediatas y tardías. Cultivos realizados, transfusión -- sanguínea, días de estancia y mortalidad presentada.

Se realizaron correlaciones estadísticas de cada uno de los factores mencionados y finalmente evaluación de los resultados obtenidos con el manejo llevado a cabo en esta población.

RESULTADOS

De 8449 pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de aborto en el período comprendido del estudio, se encontraron 40 pacientes que cursaron con perforación uterina, lo cual da una incidencia de 4.73 perforaciones por --- 1000 abortos.

Esta incidencia es mayor que alguna de las reportadas por otros autores probablemente debido a que se trata de un hospital con gran cantidad de personal en período de adiestramiento.

De las perforaciones diagnosticadas no todas ocurrieron durante las intervenciones intrahospitalarias, un 17.5% venían referidas de otras clínicas o ingresaron con perforación debida a maniobras abortivas con legrado en medio particular; lo que aumenta nuestra frecuencia por tratarse de un hospital de concentración.

La edad de las pacientes fluctuó entre los 20 y 47 años de edad con una incidencia mayor entre los 25 y 29 años; se encontraban entre los 20 y 29 años de edad el 70% de las pacientes, lo cual concuerda con las estadísticas mundiales; lógicamente por ser la etapa de mayor productividad en la vida fértil de la mujer.

PERFORACION UTERINA

EDAD	CASOS	%
20 - 24 años	10	25
25 - 29 años	18	45
30 - 34 años	7	17.5
35 - 40 años	3	7.5
+ - 40 años	2	5

Entre los antecedentes obstétricos de las pacientes, es de interés mencionar que solamente una paciente presentaba su primera gestación, las demás tenían antecedentes de otras gestaciones e hijos vivos, la mayor incidencia de las pacientes perforadas eran multigestas y un 30% grandes multíparas; asimismo la tercera parte tenía el antecedente de abortos anteriores con legrados -- previos, lo cual pudiera estar relacionado con aumento en la incidencia de perforación; hecho que podría ser objeto de otro estudio a este respecto.

PERFORACION UTERINA

GESTAS	CASOS	%
I	1	2.5
II	3	7.5
III	5	12.5
IV	8	20
V	6	15
VI	4	10
+VI	12	30

PERFORACION UTERINA

ABORTOS	CASOS	%
I	7	17.5
II	8	20
III	1	2.5
IV o +	3	7.5

El 80% de las pacientes eran casadas, en unión libre 16% y el resto, 4% solteras.

El nivel sociocultural predominante fue el medio bajo, con un grado de escolaridad en el 50% de las pacientes de primaria completa. Probablemente esto haga variar los resultados comparativamente con otras instituciones hospitalarias, que atienden una población indigente con muy bajos recursos socioculturales.

El antecedente de cirugía mayor abdominal, es importante comentarlo, ya que la fijación del útero por procesos adherenciales suele favorecer el accidente de perforación en un legrado. Así también, dicho antecedente es tomado en cuenta en algunas normas de manejo de la perforación realizadas por otros autores, que excluyen a estas pacientes como candidatas a laparoscopia.

En nuestro estudio solo el 30% tenían antecedentes de cirugía previa.

La edad gestacional de los embarazos manejados, varió de la siguiente forma:

PERFORACION UTERINA

EDAD GESTACIONAL	CASOS	%
4 - 7 semanas	16	40
8 - 11 semanas	17	42.5
12 - 15 semanas	5	12.5
+ - 15 semanas	2	5

La mayor frecuencia de las pacientes en este estudio, presentaban abortos -- del primer trimestre (82.5%), con una incidencia mayor entre las 8 y 11 semanas, dato que concuerda con reportes de otros autores como Nathanson y Wulff (13) (16). Esto parecería ir en contraposición con la idea de que la morbilidad es mayor en embarazos pequeños y que en segundo trimestre ésta aumenta; pero si tomamos en consideración que la gran mayoría de los legrados se realizan en embarazos del primer trimestre, esto aumentará las cifras encontradas en embarazos pequeños.

De las pacientes con perforación uterina estudiadas, 10 de ellas (25%) tenían el antecedente de maniobras abortivas, y otras 5 pacientes habían sido legradas extrahospitalariamente (12.5%).

Todas las pacientes que presentaron perforación uterina durante las maniobras quirúrgicas realizadas en el hospital, fueron diagnosticadas inmediatamente (29 pacientes 72.5%). Se sospecho el diagnóstico de perforación uterina en 11 pacientes (27.5%), estas fueron sometidas de inmediato a laparotomía exploradora previa estabilización de sus condiciones generales.

Respecto a la actitud uterina, 20 pacientes (50%) presentaron el utero en -- anteversoflexión, 15 de ellas (37.5%), tenían retroversión uterina y 5 mas - (12.5%), no se especifico la posición uterina.

Si tomamos en cuenta que aproximadamente el 20% de las mujeres presentan retroversión uterina, en nuestro estudio la incidencia de perforación en el - utero con esta actitud es elevada, y si podemos inferir que sea una condi-- ción que favorece este accidente.

Se dividió también a las pacientes de acuerdo al sitio donde se localizo la lesión. El sitio que con mayor frecuencia se vió afectado fue el fondo - - (45%), y afortunadamente en el segmento y en el cervix la incidencia fue -- baja, con un 12.5% y 5% respectivamente, ya que la lesión en estos sitios - se acompaña con mayor frecuencia de afección a los vasos uterinos, (4%). -- En nuestro estudio 3 pacientes (7.5%) presentaron lesión a estos vasos.

PERFORACION UTERINA

SITIO DE PERFORACION

SITIO	CASOS	%
FONDO UTERINO	18	45
PARED ANTERIOR	8	20
CUERNO	4	10
PARED POST.	3	7.5
SEGMENTO INF.	5	12.5
CERVIX	2	5

El instrumento que con mayor frecuencia se vio involucrado como productor de la perforación uterina fue la legra en la mitad de los casos. Esto va de acuerdo con lo reportado en la literatura mundial.

A continuación se enumeran los instrumentos perforantes de los casos revisados con sus respectivos porcentajes.

PERFORACION UTERINA

INSTRUMENTO	CASOS	%
LEGRA	20	50
DILATADOR	9	23.5
PINZA DE ANILLOS	5	12.5
HISTEROMETRO	2	5
NO REPORTADO	4	10

Las pacientes fueron tratadas en el hospital con diferentes diagnósticos, el más frecuente fue el aborto incompleto y la presentaban 18 pacientes (45%); otro grupo importante lo representaron aquellas tratadas por aborto diferido, así como también aquellas que ingresaron al hospital con datos de peritonitis, en las que se sospechó fuertemente el diagnóstico. Otros grupos menos importantes fueron la retención de restos postlegrado y la mola hidatiforme.

PERFORACION UTERINA

DIAGNOSTICO	CASOS	%
ABORTO INCOMPLETO	18	45
ABORTO DIFERIDO	9	22.5
PERITONITIS	7	17.5
RETENCION DE RESTOS	5	12.5
MOLA HIDATIFORME	1	2.5

De las pacientes revisadas el 35% presentaban datos de infección a su ingreso, para el mejor análisis lo dividimos en aquellas que tenían sintomatología leve (5 pacientes), y cuadro severo (9 pacientes). Estas últimas en su gran mayoría refirieron maniobras abortivas y por la severidad de su cuadro fueron candidatas a laparotomía exploradora y posteriormente fue necesaria la realización de una histerectomía.

Aquellas con cuadro leve respondieron satisfactoriamente al manejo médico -- instituido; ya que no presentaban gran lesión uterina fueron candidatas solamente a reparación del daño por sutura.

Del grupo de 40 pacientes, 29 fueron sometidas a legrado uterino instrumental, siendo perforadas en el momento del acto operatorio por nuestros médicos. Dos de estas pacientes fueron manejadas en forma conservadora a base de vigilancia estrecha de las constantes vitales y aparición de datos de irritación peritoneal, además de medicación con ergonovínicos. Este manejo fue establecido en base al calibre del instrumento perforante, a que la per

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

foración ocurrió cuando la cavidad se encontraba evacuada, no hubo gran manipulación posterior a la perforación; el diagnóstico en el primer caso fue -- de aborto incompleto no infectado y en el segundo se trataba de un aborto diferido.

Las 38 pacientes restantes, fueron sometidas a laparotomía exploradora; en - 26 se llevó a cabo la reparación de la lesión por medio de histerorrafia - - (65%), 12 pacientes presentaron solamente lesión puntiforme con escaso san-- grado o sin éste, no tenían daño a otros órganos.

De las pacientes sometidas a laparotomía 12 requirieron de histerectomía - - (30%), en 9 se encontraron útero en muy malas condiciones debido a proceso - séptico con datos de peritonitis, y en 5 de éstas, exudado purulento, libre en cavidad abdominal y se constató la perforación uterina. Las 3 restantes la histerectomía fue indicada por el hallazgo de hematoma disecante a nivel del ligamento ancho por lesión a los vasos uterinos.

La técnica utilizada fue histerectomía extrafascial en 7 pacientes y subfa-- cial en 5 pacientes. Una de estas histerectomías fue un bloque.

Durante la laparotomía exploradora se encontraron los siguientes hallazgos: lesión intestinal, se presentó en 6 pacientes, dos de ellas requirieron re- paración por medio de suturas y en el resto de la lesión fué superficial. - Otras 4 pacientes presentaron afección en anexos, encontrándose en 2 sangra- do a nivel de salpínges, un absceso con múltiples adherencias en ovario; en otra de las pacientes a la que se realizó ooforectomía y por último, una pa-

ciente presentaba lesión sangrante en el ovario, la cual fué reparada. En -
5 pacientes se encontró como hallazgo importante hemoperitoneo (500cc o mas).

Durante el acto quirúrgico se presentaron algunas complicaciones, una lesión
a recto, que pasó desapercibida y que ameritó reintervención, el shock hipo-
volémico fue detectado en 2 pacientes y por último, en una paciente fueron -
ligados los ureteros.

La morbilidad que presentaron las pacientes la dividimos para su mejor análi-
sis en inmediata, hasta las 24 hrs. después de la intervención, mediata aque-
lla que ocurrió en la primera semana de postoperatorio, y tardía cuando se -
presentó después de los 7 días.

INMEDIATA:	Insuficiencia Renal aguda	1 caso
	Abdomen Agudo	1 "
MEDIATA:	Síndrome Febril	7 casos
	Anemia Aguda	5 "
	Dehiscencia de Herida Quirúrgica	2 "
	Hematoma de pared abd.	1 "
TARDIA:	Síndrome febril	3 casos
	Absceso de pared abdominal	1 "
	Absceso anexial	1 "

En resumen, 17 pacientes presentaron uno o mas datos de morbilidad, de los ya mencionados y en el transoperatorio; lo que nos da un porcentaje de morbilidad total de 42.5%.

Seis pacientes ameritaron reintervención quirúrgica entre estas fueron: una laparotomía exploradora realizándose colostomía por necrosis de recto, posteriormente una nueva cirugía para fijar la colostomía que se desprendió, -- una debridación de absceso anexial; debridación de absceso de pared; dos suturas de pared.

Desafortunadamente no se solicitaron cultivos en la mayoría de las pacientes que presentaron proceso infeccioso. Se efectuaron dos cultivos de cavidad uterina que reportaron Peptoestreptococo en uno de ellos y E. Coli en el otro. Dos cultivos mas de herida quirúrgica reportando Stafilococo patógeno y E. Coli respectivamente. En el absceso anexial se encontró Proteusmirabilis. Este tipo de gérmenes son los mas frecuentemente encontrados en las infecciones a este nivel en otros estudios específicos de la literatura desgraciadamente debido a que nuestros reportes de cultivos son escasos. En el presente estudio no podemos hacer conclusiones que tengan validez estadística.

Solo la quinta parte de las pacientes ameritó transfusión, obteniéndose un promedio de 675ml. Las cantidades transfundidas fueron distribuidas de la manera siguiente:

300 ml.	3	pacientes
600 ml.	2	"
900 ml.	1	"
1200 ml.	2	"

Los días de hospitalización variaron de 2 a 35 días. El promedio de hospitalización fué de 9.03 días, se distribuyeron en los grupos comprendidos en -- los siguientes lapsos:

PERFORACION UTERINA

DIAS	CASOS
2 - 5	7
6 - 9	18
10 - 13	10
+ - 13	5

Cuatro de las pacientes ameritaron ingreso a la unidad de cuidados intensivos, con una duración de un día en un caso, 4 días en dos casos y 15 días en el último caso.

De las pacientes estudiadas solo una falleció 2 días después de haber sido -- intervenida; y se trataba de una paciente que ingresó al hospital con antecedentes de maniobras abortivas y datos de infección severa, fué intervenida -- complicándose el transoperatorio de histerectomía con ligadura de ureteros -- con shock séptico, en el postoperatorio desarrolló insuficiencia renal aguda siendo trasladada a otra unidad donde falleció.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La perforación uterina de tipo obstétrico, es un accidente grave y causa de pérdida de pacientes jóvenes, con gran repercusión familiar y social por encontrarse en una edad de gran productividad.

De las pacientes estudiadas, la mayoría no rebasan los 30 años. Sin embargo más de la mitad tenían antecedentes obstétricos 5 a 7 gestaciones, hecho afortunado porque en caso de tratamiento radical no hubo repercusión grave en su futuro obstétrico.

Es importante la frecuencia con que se realizan maniobras abortivas en nuestro medio, la cuarta parte de las pacientes presentaban este antecedente.

Las pacientes que ingresaron al hospital con perforación uterina, ocurrida en un legrado o por maniobras abortivas presentaron las complicaciones más severas requiriendo cirugía radical, transfusión sanguínea y mayor estancia hospitalaria.

Un alto porcentaje de pacientes sometidas a laparotomía, la tercera parte, no requerían de este manejo por los hallazgos de lesiones mínimas encontradas.

La laparoscopia no se utilizó en ninguno de los casos, este método pudo ser de gran utilidad en las pacientes mencionadas anteriormente, para evitar la

laparotomía innecesaria, disminuir la morbilidad y el promedio de días de -- hospitalización.

El índice de histerectomías realizadas fue alto, 30% comparado con otra se-- rie de la literatura, lo mismo podemos decir de la morbilidad presentada --- (42.5%). Justificamos estas cifras ya que en nuestro hospital es de concen- tración y gran parte de los casos atendidos presentaban estadios avanzados de infección e hipovolemia, con el consecuente aumento en la tasa de morbilidad. Otro factor será la conducta intervencionista que prevalece en los últimos -- años con respecto a los procesos infecciosos del utero.

Solo se presentó una defunción, el resto de las pacientes fueron egresadas - en buenas condiciones con el tratamiento instituido; no obstante sería conve niente normar el manejo de la perforación uterina en cuanto a las indicacio- nes de tratamiento conservador como uso de laparoscopia y laparotomía. La - unificación de criterios haría más fácil el análisis de los datos y propiciar ía la realización de estudios prospectivos que den mas información sobre -- esta patología.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jonathan S. Berek, M.D., Phillip G. Stubblefield, M.D.: Anatomic and -
Clinical Correlates of Uterine Perforation. Am. J. Obstet. Gynecol. 135
(2) 181, Sep. 15, 1979.
- 2.- Michael Freiman, M.D. George Wulff, M.D.: Management of Uterine Perfo--
ration Following Elective Abortion. Obstetrics and Gynecol. 50(60): --
647 Dec. 1977.
- 3.- Niels H. Laursen, M.D. Stanley Birnbaum, M.D.: Laparoscopy as a Diagnos
tic and Therapeutic Technique in Uterine Perforations During First-Tri-
mester Abortion. Am. J. Obstet. Gynecol. 117 (4): 522 Oct. 1973.
- 4.- Richard I. Lowensohn, M.D. Lester T. Hibbard, M.D. Laceration of the -
Ascending Branch of the Uterine Artery: A Complication of Therapeutic
Abortion Am. J. Obstet. Gynecol. 118(1):36 January 1974.
- 5.- Dr. Espinoza de los Reyes, Dr. Saldaña García, Dr. Azcarate Sánchez: --
Perforación Uterina en Gineco-Obstetricia. Ginecología y Obstetricia -
de México Vo. XXIII: 543, abril 1968.
- 6.- George J.L. Wulff, M.D., Fagog and M. Freiman, M.D.: Elective Abortion;
Obstetric and Gynecol. 49(3):351, March 1977.
- 7.- Dorothy Nemex, T.J. Prendergast, M.D.: Medical Abortion Complications.
Obstetrics and Gynecol. 51(4):433, April 1978.
- 8.- F. Glenc, M.D.: Early and Late Complications After Therapeutic Abortion
Am. J. Obstet. Gynecol. 118(1):34.
- 9.- Te Linde.

- 10.- Dr. Rosas Arceo, Dr. López Villegas y Cols.: Histerectomía por Procesos Sépticos durante el embarazo. Ginec. Obstet. Mex. 33(200):559, Jun. - - 1973.
- 11.- Dr. José Luis Pérez Salazar: Cirugía en los Procesos Infecciosos en --- Obstetricia. Ginec. Obstet. Mex. 30(180):449 Oct. 1971.
- 12.- G. Ben Baruch, J. Menczer and Cols.: Laparoscopy in the Management of - Uterine Perforation. The Journal of Reproductive Medicine 27(2):73 - - Feb. 1982.
- 13.- Bernard N. Nathanson: Management of Uterine Perforations Suffered at -- Elective Abortion. Am. J. Obstet. Gynecol. 114(8):1054, Dec. 1972.