

11217  
59  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

HISTERECTOMIA OBSTETRICA REVISIÓN DE 5 AÑOS  
EN EL HOSPITAL DE MEXICO  
1995-2000

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
MEDICO ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :  
ELVA CLEMENTINA GUERRERO ABARCA

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





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.

*Jose Toribio Pineda*

JOSE TORIBIO PINEDA FERNÁNDEZ

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE  
MÉXICO

*Claudio Serviere*

CLAUDIO SERVIERE ZARAGOZA

TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

*Jose Toribio Pineda*

JOSE TORIBIO PINEDA FERNÁNDEZ

TUTOR DE TESIS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Dr. H. G. G.*

1981  
1982

B

**Con agradecimiento al**

**DR. JOSE TORIBIO PINEDA FERNÁNDEZ**

**Por su colaboración para la realización de este  
trabajo.**

**DR. JOSE ANTONIO AGUILAR GUERRERO**

**DR. EDUARDO ONTIVEROS CERDA.**

**Por su todo su apoyo**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INDICE

1- INTRODUCCIÓN	1
2- HISTORIA	2
3- DEFINICIÓN	4
4- INCIDENCIA	5
5- INDICACIONES	6
6- ACRETISMO PLACENTARIO	8
7- RUPTURA UTERINA	12
8- ATONIA UTERINA	15
9- INFECCIÓN UTERINA	16
10- CÁNCER	16
11- TÉCNICA QUIRÚRGICA	19
12- COMPLICACIONES	24
13- OBJETIVOS	28
14- RESULTADOS	30
15- ANÁLISIS	40
16- CONCLUSIONES	44
17- BIBLIOGRAFÍA	46

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

La obstetricia nos brinda la oportunidad de disfrutar el nacimiento de un niño sano, que origina gozo y satisfacción, sin embargo la obstetricia crítica confronta al médico con la toma de decisiones drásticas ante el riesgo de lesión o muerte de una paciente.

La histerectomía por complicaciones obstétricas es el intento quirúrgico para resolver situaciones que ponen en peligro la vida de la madre, como son la hemorragia e infección principalmente.

La cirugía obstétrica ha disminuido su morbilidad gracias a los avances de las técnicas quirúrgicas, cuidado prenatal adecuado, la vigilancia durante el parto, las mejoras en las condiciones de los hospitales, disponibilidad de sangre y sus derivados y desde luego, la posibilidad de un diagnóstico oportuno y temprano que pueda programar una cirugía de urgencia en electiva en función de las características clínicas de cada paciente.

Este procedimiento ha sido revisado ampliamente durante las últimas décadas, muchas de las revisiones se han originado en centros de entrenamiento donde un gran porcentaje de casos fueron emergencias y por lo general en pacientes mal nutridas, anémicas y no en las mejores condiciones preoperatorias.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con cesárea previa, dehiscencia de cicatriz uterina e implantación anormal de la placenta, su empleo en nuestro país es en gran número como un recurso terapéutico de carácter extremo para resolver graves complicaciones que representan una inminente amenaza para la vida de la madre, aunque en otros países sobretodo anglosajones, su utilización es electiva y como método de esterilización.

Dada la importancia que tiene este procedimiento se tratará de conocer su incidencia, su justificación clínica, los factores de riesgo, así como la correlación anatomoclínica de las piezas quirúrgicas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HISTORIA

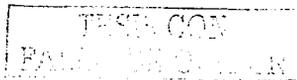
En el año de 1768, Joseph Cavallini en Florencia fue el primero en describir la histerectomía obstétrica como posibilidad la extirpación del útero en mujeres basándose en su experiencia con animales, él nunca llegó a practicarla, secundaron esta idea Micheles y Blumdell, ya que ellos lo habían realizado en conejas, pero fue hasta 1862 cuando por primera vez Fesser describió una técnica, la cuál fue aprobada y aceptada hasta 1878. (1) Horacio Robinson Stores, realizó y documentó la primera histerectomía en una mujer viva después de una cesárea, en 1869, en los EUA, falleciendo la paciente a los 3 días de la intervención.

El primer trabajo reportado en la Literatura sobre el tema fue en el año de 1876 con el título de "Della amputazione utero-ovarica, quale complemento del taglio cesáreo", siendo el autor Eduardo Porro. Quien desarrolla el procedimiento como medida terapéutica para salvar la vida de la paciente en el caso de infección o hemorragia. (2,3,4) De ahí que por mucho tiempo se conociera como la operación de Porro. Posteriormente surgieron múltiples trabajos sobre el tema, destacando autores como Muller, Taylor, Richardson y Godzon, siendo este último el primero en realizar la histerectomía obstétrica por complicaciones obstétricas de manera total, además de haber efectuado una incisión uterina transversa baja, considerándose ésta como la precursora de la incisión de Kerr utilizada en la actualidad. (5)

En 1911 Raymond y Cazalis, reportaron el caso de una histerectomía subtotal por placenta previa, realizada antes de abrir el útero, con resultado favorable (6,7,8)

En 1914, Recasen y Sebastián abogaron por su uso en todos los casos de infección uterina, pre e intraparto.

Por último con el advenimiento de antibioticoterapia y medicamentos útero tónicos, capaces de controlar la hemorragia postparto hubo un decremento en el número de histerectomías obstétricas, sin embargo comenzaron a aparecer otras indicaciones no urgentes para este procedimiento. Davis en 1951, Montague en 1959 y Pletsch en 1963 describen este procedimiento como método de esterilización, pero con el desarrollo de técnicas de oclusión tubárica con alto índice de éxito que tiene menor morbilidad quirúrgica, esta modalidad fue perdiendo aceptación. (9,10,11) Grelle, en 1960, y Rezende en 1982 (12) manifiestan que la extirpación del útero en el



período grávido puerperal debe ser practicada solo con la finalidad de salvaguardar la vida.

La histerectomía por complicaciones obstétricas es un procedimiento que preserva la vida de las mujeres en situaciones de urgencia, controlando la hemorragia y aislando o retirando el foco de infección, lo que llevó a los pioneros a realizarla con escasez de recursos; actualmente este procedimiento se efectúa en la mayoría de los casos bajo condiciones estables, lo que disminuye considerablemente la morbimortalidad materna.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DEFINICIÓN

La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, como puede ser un aborto, un parto o una cesárea. Etimológicamente hablando, la palabra histerectomía proviene de los vocablos griegos "isteros" que significa útero, y "ectomía" que significa extirpación.

La histerectomía obstétrica se refiere, considerando el momento de su realización, a tres eventos quirúrgicos:

- 1) Cesárea-histerectomía.
- 2) Histerectomía en el puerperio (postparto y postcesárea);
- 3) Histerectomía en bloque. (13)

Se define como cesárea-histerectomía a la extirpación del útero en el mismo acto quirúrgico en que se practica la cesárea y con el mismo procedimiento anestésico.

La Histerectomía en el puerperio la consideramos como la realizada posterior al evento obstétrico, realizándose ésta en otro acto quirúrgico y con otro procedimiento anestésico.

Por último definimos a la histerectomía en bloque como la extirpación del útero grávido con su contenido in situ.

La histerectomía según su extensión puede ser: total, cuando el cérvix es extirpado y que se practica con mayor frecuencia; y subtotal, se realiza en menor número, sin embargo en publicaciones recientes se evalúa la conveniencia de dejar el cuello uterino, evitando complicaciones durante y posterior a la cirugía, hasta fechas recientes solo se practicaba la histerectomía subtotal en pacientes graves o cuando existían limitaciones técnicas para realizar la histerectomía total. En la histerectomía subtotal solo se extirpa el cuerpo uterino después de la ligadura de los pedículos. (13)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INCIDENCIA

La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varía de acuerdo al tipo de institución que lo reporte más que a una entidad federativa especial y esto obedece no tanto a factores ambientales sino de control prenatal y normas de atención obstétrica que se maneje en hospitales ginecoobstétricos de bajo o alto riesgo.

Según la literatura revisada varía entre 0.2 a 1.9 % de los embarazos. En el Instituto Nacional de Perinatología la incidencia reportada en 1997 fue de 0.92 % acorde a la literatura nacional. (14,15) En un hospital Universitario de Shangai la incidencia reportada fue 0.054% (16), y en otro de Taipei, Taiwán una incidencia de 0.36%. (17)

Existen estudios en Estados Unidos donde se mencionan incidencias de 0.13% y 0.15 %. (18)

## INDICACIONES

La Histerectomía obstétrica aparece con la indicación de salvar la vida de la paciente en los casos de hemorragia uterina extensa o infección. Pocos rebaten las indicaciones clásicas de hemorragia incontrolable, de una ruptura uterina, atonía uterina o corioamnioítis grave. Las dudas sobre las indicaciones de la intervención son más serias si la histerectomía se propone para tratar problemas menores, no urgentes o simplemente con fines de esterilización. (19)

La indicación de la histerectomía obstétrica se divide en dos grupos:

- 1) De emergencia la cual se realiza cuando la vida de la paciente se encuentra en peligro inminente. (20)
- 2) Electiva se realiza programada sin que en ese momento se encuentre en peligro la vida de la paciente.

En el Instituto Nacional de Perinatología las indicaciones se han dividido en

1) Absolutas:

- a) Ruptura uterina no reparable
- b) Adherencia anormal de la placenta (acretismo)
- c) Inercia uterina que no se resuelve con los procedimientos conservadores (atonía).
- d) Infección puerperal de órganos internos.

2) Relativas

- a) Miomatosis uterina múltiple en pacientes con paridad satisfecha.
- b) Carcinoma cervico uterino in situ, con paridad satisfecha

La histerectomía en bloque encuentra su principal indicación en patologías de trofoblasto como mola de repetición, embarazo molar en paciente gran múltipara y aborto séptico. (13)

La hemorragia intensa sigue siendo la causa más frecuente que obliga a la histerectomía obstétrica, dicha hemorragia es frecuentemente consecuencia de trastornos de la placentación, como es placenta previa, abruptio placentae, placenta accreta, esta última se menciona por varios autores como la principal indicación de histerectomía obstétrica. (9,14,18,21) Ello se explicaría según



estos autores por el aumento de la incidencia de cesárea, ya que la cicatriz uterina favorecería el acretismo placentario.

La segunda causa de histerectomía obstétrica es la atonía uterina (14) su incidencia a disminuido a través del tiempo por el advenimiento de nuevos medicamentos que favorecen la contracción uterina. Sin embargo algunos autores como Thonet en 1986, Whitney Gonsoulin en 1991 y Lau en 1996, muestran esta eventualidad obstétrica como la principal causa de la histerectomía obstétrica. (19,21)

La deciduometritis compite por el tercer sitio junto con la ruptura uterina. La infección sigue siendo indicación de este procedimiento, disminuyendo su frecuencia con la introducción de nuevos antibióticos.

La ruptura uterina se asocia a cicatrices uterinas previas, conducción del trabajo de parto con oxitócina o recientemente a la inducción del mismo con prostaglandinas.

La histerectomía obstétrica electiva es la que se realiza programada sin que se encuentre en peligro la vida de la paciente. Algunos autores refieren el alto índice de complicaciones por lo que solo aceptan la realización de histerectomía obstétrica en pacientes gran multiparas con alto riesgo (22)

En años recientes han aparecido indicaciones como las neoplasias. Las neoplasias malignas del cérvix y de órganos pélvicos en la actualidad son indicaciones aceptadas de este procedimiento, se realiza junto con apendicetomía, omentectomía, extracción de ganglios pélvicos e inguinales, a fin de estadificar la neoplasia.

La leiomiomatosis de grandes elementos es otra de las nuevas indicaciones, se realiza en pacientes que tienen paridad satisfecha y el padecimiento le causaba sintomatología previa al embarazo como metrorragias, (22) indicación que origina controversia debido a que no se acepta aún su índice de complicaciones contra el beneficio que puedan prestar, existen múltiples estudios que comparan estos aspectos (19,21,23,25). En contraparte otros estudios demuestran que las complicaciones de este tipo de procedimientos electivos, es menor que la que se presenta en procedimientos de índole urgente (21,23,25) Se mencionan de manera concisa las principales indicaciones de histerectomía obstétrica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ACRETISMO PLACENTARIO

### DEFINICION

Es la inserción anómala de parte o toda la placenta, por ausencia parcial o total de la decidua basal y anomalía en la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales al miometrio (13)  
El término placenta acreta ha sido empleado para describir cualquier implantación de la placenta en la que exista una anormal adherencia a la pared uterina. Morfológicamente, como consecuencia de la ausencia parcial o total de la decidua basal y del imperfecto desarrollo de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch) (26) las vellosidades placentarias se encuentran unidas al miometrio en la placenta acreta, invaden el miometrio en la placenta increta o penetran a través del miometrio en la placenta percreta. La adherencia anormal puede incluir todos los cotiledones (placenta acreta total), pocos o algunos cotiledones (placenta acreta parcial) o solo un cotiledón (placenta acreta focal). (27)

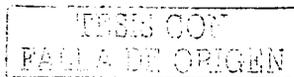
### INCIDENCIA

Aunque es poco común en comparación a otras patologías obstétricas, tiene considerable significado clínico debido a la morbilidad, y a veces mortalidad por la hemorragia intensa, perforación uterina y la infección. Dependiendo de la fuente que se consulte, la incidencia de cada una es variable pero se menciona: acreta 80%, increta en 15% y percreta en 5% Se menciona en lo general acretismo en 1 de cada 7000 partos. Read y cols. por el año de 1980 comunicaron una incidencia cerca de 1 por 2,500 partos y concluyeron que en la actualidad hay descrita una incidencia más elevada, una paridad menor y una incidencia mayor de placenta previa asociada, así como una disminución de la mortalidad materna y perinatal.

### FACTORES ETIOLÓGICOS

Los factores de riesgo para placenta acreta se relacionan con la formación decidual defectuosa. Los procesos asociados incluyen implantación en el segmento uterino inferior, sobre una cicatriz de cesárea previa (25%), otras incisiones uterinas anteriores (miomectomías, cirugías por defectos septales) (35%), antecedente de legrado (18 a 60%), multiparidad, y edad materna de más de 35 años, de infección uterina previa y antecedente de placenta parcialmente retenida que ameritó extracción manual.

En múltiples revisiones se muestra que el principal riesgo para el acretismo placentario es la presencia de una cicatriz uterina previa. (28,29)



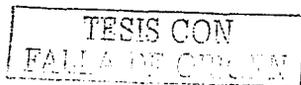
Otra entidad relacionado a la presencia de acretismo es la placenta previa, lo que en conjunto potencian el riesgo de presentar acretismo placentario. (28) La causa real de la implantación anormal de la placenta realmente no se conoce, se mencionan eventos relacionados, como la implantación tardía del huevo, disminución de la capacidad del endometrio, así como otras alteraciones endometriales que son causadas por anomalías en la vasculatura endometrial y decidual, provocadas por tumores, cicatrices y trastornos circulatorios. Estas condiciones predisponen la anomalía en la formación de la decidua en ese lugar, aumentando en riesgo primero de implantación baja de la placenta y penetración anormal del trofoblasto. La asociación de cesárea anterior y placenta previa es de importancia relevante, ya que la frecuencia de la placenta previa es cuatro veces mayor cuando existe este antecedente, además de favorecer ambos factores la posibilidad de expresarse como placenta acreta hasta en un 24 % y este porcentaje se incrementa en forma directa con el número de cesáreas previas. En el estudio de Clark y cols. (20), el 53% de las mujeres que se presentaron a término con placenta previa y cesárea anterior precisaron histerectomía obstétrica por placenta acreta.

#### CUADRO CLINICO

Aunque el trabajo de parto haya progresado normal, la invasión miometrial por vellosidades coriales en el lugar de una cicatriz de cesárea anterior puede provocar rotura uterina, en el alumbramiento o en el curso subsiguiente ocasionando problemas en grado variable, dependiendo del lugar de implantación, profundidad de la penetración miometrial y el número de cotiledones implicados.

La adherencia anormal de la placenta se diagnostica con mayor frecuencia durante el periodo postparto, por lo común después de que nace dicho órgano, encontrándose dificultad ostensible para encontrar un plano de despegamiento placentario. Se ha señalado una incidencia de 39 a 64% de hemorragia postparto con placenta acreta. La pérdida hemática en estos casos puede llegar a 2600 ml sin placenta previa coexistente y a 4700 ml con ese tipo de localización.

En casos de placenta acreta total, la hemorragia puede ser escasa o nula, hasta que se intenta la extracción placentaria manual, en ocasiones la tracción del cordón umbilical invertirá el útero. Si los intentos usuales de extracción manual no tienen éxito debido a que no se desarrolla un plano de separación entre la superficie placentaria materna y la pared uterina, el tratamiento más seguro es una pronta histerectomía.



## DIAGNOSTICO

Existe la posibilidad de que la placenta acreta se diagnostique anteparto por medio de ultrasonido. Varios investigadores han hecho el diagnóstico preparto de placenta acreta a través de ultrasonido por la ausencia de una zona translúcida retroplacentaria que en condiciones normales es de un espesor aproximado de 9 a 10 mm que representa la decidua. Se han descrito nuevas observaciones en caso de placenta acreta como lagos venosos múltiples, grandes y vascularidad periuterina aumentada, así como un adelgazamiento progresivo o desaparición de la zona hipocóica retroplacentaria en observaciones secuenciales. Sin embargo su sensibilidad y especificidad son bajas. (30)

En el caso de placenta percreta con invasión vesical, la presencia de hematuria puede ser un dato clínico que nos haga sospechar el diagnóstico y la realización de una cistoscopia puede confirmarnos más no siempre descartar el diagnóstico, ya que en ocasiones las vellosidades pueden ser difíciles de ver en la mucosa vesical.

También se ha reportado la utilidad de la resonancia magnética para el diagnóstico de esta entidad (31), al igual que la sonografía doppler transvaginal. (32)

La placenta acreta ha sido asociada con un aumento en los valores de alfa feto proteína sérica materna (33,34) mencionándose que tienen más riesgo de pérdida sanguínea en la cesárea histerectomía

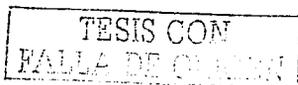
## TRATAMIENTO

La conducta médica consiste en evitar el choque hipovolémico y en su caso tratarlo de inmediato.

Puede dividirse en Manejo Conservador: el cual busca preservar el útero y así conservar la función reproductiva de la paciente, y en Manejo Quirúrgico: cuando se realiza extirpación parcial o total del útero.

Para el control de la hemorragia se han descrito técnicas variadas:

- Extracción manual de tanta placenta como es posible y taponamiento posterior del útero.
- Ligadura de arterias uterinas.
- Ligadura de la rama anterior de las arterias hipogástricas.
- Disección roma o legrado.
- Dejar parcial o totalmente la placenta, y manejo con metrotexate 1 m. x k de peso, mostrando buenos resultados. (35)



Uno de los métodos para controlar la hemorragia pelviana severa es la ligadura de la rama anterior de ambas arterias hipogástricas

La ligadura de la arteria hipogástrica es un procedimiento quirúrgico conservador que pretende conservar el útero, debe mencionarse que la ligadura bilateral de hipogástricas no es uniformemente eficaz para controlar la hemorragia, según reporte de Clark y Col. a 19 pacientes que se les práctico este procedimiento fue exitoso en 8, las 11 restantes requirieron histerectomía. (36)

Otros autores en presencia de una hemorragia masiva cuando el útero no se ha sido extraído, identifican y ligan cada arteria ovárica después de efectuar la ligadura de cada arteria hipogástrica debido a la importante comunicación colateral de la aorta con las arterias ováricas y uterinas. Algunos otros como Ferhman prefieren la ligadura bilateral de las arterias uterinas como tratamiento primario, sino es eficaz el control de la hemorragia este mismo autor recomienda la ligadura suplementaria de los ligamentos redondos así como de los vasos ováricos en su unión con el cuerpo uterino.

Abd Rabbo describe en 1994 su técnica de devascularización uterina consistente en ligamiento secuencial de los vasos uterinos unilateral, bilateral, vasos uterinos bajos, vasos ováricos unilaterales y vasos ováricos bilaterales con 100% de eficacia. (37)

La circulación colateral de la pelvis femenina es extensa y proporciona una cantidad de fuentes inter comunicantes de sangre arterial proveniente de diferentes sitios a lo largo del árbol arterial. Estos vasos colaterales se anastomosan con la arteria hipogástrica y la irrigación uterina es a través de una cantidad de circuitos arteriales de la pelvis

La embolización angiográfica de vasos pélvicos, descrita por algunos autores como Bakri y Linjawi, en la cual se inyecta un material gelatinoso para el control de la hemorragia uterina. (39)

A pesar de estos procedimientos conservadores la histerectomía es en nuestro medio es el procedimiento de elección, tan pronto como sea establecido el diagnóstico.

## RUPTURA UTERINA

### DEFINICIÓN

La ruptura uterina consiste en la presencia de cualquier desgarró o solución de continuidad supracervical en el útero, no considerando como tales a la perforación del músculo uterino translegrado, a la ruptura por embarazo ectópico intersticial o a la prolongación de la incisión uterina en la cesárea. (13) Sin embargo existen otras definiciones y la más razonable sería la de Plauche y cols. "casos de solución completa de continuidad de pared del útero, con o sin expulsión del producto, que pone en peligro la vida de la madre, del feto o de ambos". (25)

### CLASIFICACION

La ruptura uterina se clasifica de acuerdo a dos criterios: causa y grado de viscera involucrada. (1)

De acuerdo al primer criterio son:

Espontáneas: cuando no se ha realizado ningún procedimiento.

Traumáticas: aquellas en las que ha intervenido algún factor extrínseco (oxitócicos, parto pélvico, fórceps) ó traumatismo externo accidental.

De acuerdo al segundo criterio pueden ser:

Completa: cuando la solución de continuidad abarca todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral.

Incompletas: no incluyen al peritoneo visceral.

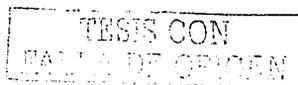
Dependiendo de la extensión, en total o parcial. Se considera como total cuando involucra tanto al segmento como al cuerpo uterino y parcial sólo al segmento o el cuerpo del útero.

Los factores que intervienen en la ruptura del útero son heterogéneos y las relaciones más frecuentes son: cesárea previa, oxitócina, cuatro o más partos, anestesia epidural, desprendimiento prematuro de placenta, nacimiento por fórceps medio, versión-extracción de nalgas, uso de prostaglandinas, y se menciona en alguna literatura la desproporción céfalo pélvica (40,41,42,43)

Existen otros reportes donde se asocia la ruptura uterina con el uso de cocaína durante la gestación. (44)

La incidencia de ruptura uterina es baja 0.08% a 0.02 % según algunas series reportadas.

Las pacientes que sufren ruptura uterina generalmente presentan una cicatriz uterina previa; sin embargo, en las pacientes con una cesárea previa que son sometidas a trabajo de parto la incidencia es menor al 1%.



El uso de oxitócina como factor predisponente de ruptura uterina es controversial. Algunos trabajos reportan una mayor tendencia de ruptura uterina con el uso de este medicamento, sin llegar a un resultado concluyente, de hecho los riesgos aún no superan el beneficio que esta produce. Otros autores, afirman que la administración y duración del uso de la oxitócina no intervienen en la frecuencia de dehiscencia o ruptura (Tahilramaney). Horestein y Pelan opinan que el empleo de oxitócina, si se vigila con gran cuidado, es una técnica inocua y es una consideración razonable en quien se ha practicado una cesárea y que desea someterse a una prueba de trabajo de parto.

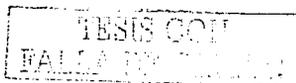
En los últimos años con la nueva tendencia para la inducción de trabajo de parto con prostaglandinas, se ha vuelto a enfocar la atención en el estudio de la incidencia de la ruptura uterina en este tipo de pacientes. Existen dos medicamentos utilizados en obstetricia, la prostaglandina F2 (Dinoprostone) y la prostaglandina E 1 (Misoprostol), este último de mayor potencia y asociado más frecuentemente a polistístolia e hipertonia uterina, varios autores mencionan que al igual que la oxitócina, aún sigue ofreciendo grandes beneficios y su relación con ruptura uterina aun no esta del todo establecida. (42.43)

#### CUADRO CLINICO

El sintoma principal es el dolor abdominal de "desgarro" repentino, en hipogastrio, intenso, en ocasiones se describe palpación de las partes fetales en abdomen en caso de salida del feto a la cavidad peritoneal, y en otras se presenta salida de abundante sangre por vagina.

La sintomatología es engañosa, en Israel se realizo un estudio en el cual se reporto solo 1.04 % de las pacientes con cesárea previa que presentaron síntomas compatibles con ruptura uterina, se confirmo el diagnóstico posterior a la laparotomía exploradora. (24)

Rodríguez y Cols. demostraron que el signo y síntomas más común en mujeres con la ruptura fue la aparición repentina de sufrimiento fetal en el trabajo de parto: 81 % de las pacientes con la ruptura en cuestión presentaron signos de hipoxia antes de que comenzara el dolor abdominal o la salida de sangre por la vagina. Otros datos clínicos son la hipertonia uterina, la alteración de los contornos del útero, anillo de retracción patológica, taquicardia o hipotensión arterial no explicables, hematuria o palpación de partes fetales en forma superficial o en zonas altas del abdomen. Rodríguez y Cols pudieron identificar el dolor en sólo 18% de las pacientes.



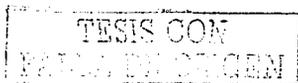
Es una emergencia quirúrgica ya que el compromiso fetal es importante se asocia a muerte perinatal de hasta 50%, siendo mayor entre las mujeres que acudieron al hospital por ruptura sin cicatriz previa del útero, el riesgo de muerte materna por hemorragia es elevado.

Las complicaciones vinculadas frecuentemente con la ruptura uterina fueron hemorragia masiva, y lesiones de las vías urinarias.

#### TRATAMIENTO

La laparotomía exploradora se justifica en aquellas pacientes que tengan cuadro clínico de ruptura uterina. En caso de confirmar el diagnóstico se sugiere evaluar el grado de afectación del útero, después de poner a salvo el producto y dependiendo de la extensión, tipo y localización de la ruptura, se evaluará si es posible repararlo o en caso de ser imposible se realizará la histerectomía obstétrica total o subtotal de acuerdo a las dificultades técnicas y a las características maternas.

Se podrá optar por la conducta conservadora, cuando la mujer desee más embarazos, siempre y cuando las condiciones hemodinámicas de la paciente, el tipo, extensión y localización de la ruptura lo permitan.



## ATONIA UTERINA

### DEFINICIÓN

Es la ausencia o disminución de la contractibilidad del útero durante el puerperio, que no responde a manejo médico y compromete hemodinámicamente a la paciente.

### DIAGNOSTICO

Se realiza en el momento del procedimiento obstétrico, ya sea parto o cesárea, cuando se presenta persistencia de la hemorragia posterior a la extracción de la placenta, no se forma el globo de seguridad, el útero se halla blando y aumentado de tamaño para el postalumbramiento.

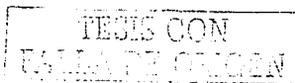
No se establece un tiempo preciso de espera para que el miometrio responda. Existen factores que predisponen a que se presente la atonía uterina como son: (18)

- Multiparidad
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Macrosomía
- Parto prolongado
- Anestesia general
- Uso de oxitócina
- Útero de Couvelaire
- Sepsis
- Muerte intrauterina
- Leiomiomas
- Embolia de líquido amniótico
- Parto precipitado

### TRATAMIENTO

Se encuentran dos tipos de procedimientos terapéuticos: médicos y quirúrgicos.

La primera línea de tratamiento la constituyen los procedimientos médicos basados en la administración de oxitócicos y ergonóvicos, en dosis individualizadas según necesidades, habitualmente es eficaz la administración de 20 a 40 U de oxitócina en 500 ml ó 1000 ml de solución 10 ml/min (200 miliunidades de oxitócina/min), tomando en cuenta que las



dosis importantes de oxitócina por vía intravenosa pueden producir hipotensión y tener acción antidiurética.

Se ha reportado la utilidad de las prostaglandinas en los casos de hemorragia postparto en las que habían fracasado los uterotónicos anteriores. La inyección intramiometrial (por punción transabdominal o transvaginal) de 1 mg de PGF 2alfa o de 250 microgramos de su 15 metiléster, o incluso los supositorios vaginales de PGE 2, han sido útiles.

El masaje circular y mantenido en el fondo uterino constituye un procedimiento simple y eficaz que debe acompañar siempre a la administración de útero tónicos. El taponamiento uterino es una técnica controvertida y con poca base científica pero que puede resultar útil como medida transitoria para cohibir la hemorragia durante los preparativos quirúrgicos para la laparotomía, y si existe disminución de la hemorragia se recomienda dejar el taponamiento entre 12 y 24 hrs. y vigilancia estrecha de la paciente. (45)

Las técnicas quirúrgicas entran en consideración cuando la atonía persiste y la hemorragia es intratable. La elección entre la histerectomía o la ligadura arterial de las ramas anteriores de las hipogástricas dependerá de la edad y paridad de la paciente, así como de su estado general. Algunos autores proponen que, antes de recurrir a la cirugía o tras el fracaso de ésta, se efectúe la embolización arterial selectiva con materiales hemostáticos locales de absorción rápida, ausencia de irritación y acción hemostática independiente del mecanismo de coagulación general. De los materiales comerciales disponibles los que más se utilizan son la espuma de gelatina (gelfoam) que se elabora a partir de gelatina desnaturalizada de piel de animales. No tiene acción hemostática intrínseca en si mismo, su principal actividad hemostática se relaciona con el contacto entre la sangre y el área de superficie grande de la esponja, y la presión que ejerce por el peso de la misma y la sangre absorbida. En otras ocasiones se utilizan sustancias químicas vasoconstrictoras como la perfusión arterial selectiva de vasopresina bajo control angiográfico.

## INFECCIÓN UTERINA

La presencia de infección uterina independientemente de su extensión, actualmente es una indicación muy poco frecuente de histerectomía obstétrica. Principalmente por la cada vez más grande variedad de antibióticos potentes. En tiempos pasados era una de las principales indicaciones.

Sin embargo aún en la actualidad en caso de aborto séptico o infección intrauterina con producto in situ, se realiza histerectomía obstétrica en bloque. Otra indicación es el absceso de histerorrafia o pelviperitonitis, en el INPer (Instituto Nacional de Perinatología) se reportó como indicación en el 4% de las histerectomías obstétricas. (14)

## CANCER

El cáncer cervicouterino es en nuestra comunidad el de mayor frecuencia.

En el mundo representa el 9.8 % del cáncer en mujeres.

Debido a que la edad de aparición de neoplasia cervical cada día es menor, muchas mujeres en edad fértil tienen esta patología, subsecuentemente su incidencia en el embarazo se ha incrementado. (46,47)

Los datos sobre la incidencia de neoplasia cervical como complicación durante el embarazo varían ampliamente, la incidencia media de carcinoma in situ durante el embarazo es del 1,3 % y la del carcinoma invasor de aproximadamente 1 de cada 2.200 embarazos. (48)

El diagnóstico de este padecimiento es frecuente debido al examen citológico realizado regularmente a todas las pacientes con embarazo.

La biopsia mediante conización suele reservarse para excluir un cáncer invasor debido al aumento de la incidencia de hemorragias, aborto y parto pretermino, aunque se encuentra en discusión, existen trabajos con Meneghelo en 1992 que no contraindican el procedimiento. Se concluye que la conización se puede realizar sin riesgo antes de la semana 24. (49)

El embarazo que coexiste con un carcinoma cervical invasor complica tanto la estadificación como es tratamiento. El tratamiento varia de acuerdo a su estadio y edad gestacional.

El cáncer invasor exige un tratamiento relativamente rápido, durante la primera mitad del embarazo se aconseja el tratamiento inmediato, mientras que durante la segunda mitad una opción razonable es esperar no sólo la viabilidad fetal sino su madurez. El tratamiento de elección para pacientes con carcinomas invasores en estadio I y estadio II A es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica.

Hay que mencionar que no solo en el cáncer cervical se utiliza la histerectomía obstétrica como tratamiento, en los tumores ováricos malignos esta indicada, su incidencia es baja, aunque no se conoce con precisión se estima una media de 1 cada 25,000 partos.

TESIS CON  
FALSA INFORMACIÓN

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La elección de la incisión abdominal y la técnica quirúrgica dependerá en gran medida de las condiciones de la paciente y de la experiencia del cirujano..

Las dos incisiones de piel más frecuentes son: la incisión vertical infraumbilical y la transversa (pflannenstiel. Las dos incisiones previamente mencionadas están indicadas para el procedimiento, mientras expongan un campo quirúrgico suficiente, recordando que la incisión vertical infraumbilical media tiene muchas ventajas en este tipo de cirugías, exposición mejor del campo quirúrgico, mayor facilidad en la técnica, y es posible ampliarla en caso necesario, requiere menor hemostasia: proporcionando mejor enseñanza al personal en adiestramiento y recomendada en casos de urgencia debido al menor tiempo quirúrgico.

En la elección para la realización de histerectomía total y subtotal dependerá de varios factores, un número importante se inclina por extirpar el cuello uterino en todas las pacientes, siendo el argumento de mayor influencia durante varias décadas el temor que se originara un carcinoma en el muñón cervical conservado, actualmente la comprensión de las condiciones preneoplásicas y neoplásicas cervicales ha progresado utilizándose tratamientos locales ablativos no requiriendo practicar histerectomía total. En la paciente que tiene antecedente de histerectomía subtotal y que desarrolla un carcinoma en el muñón cervical, el tratamiento con radiaciones y cirugía, resulta más difícil debido a la anatomía distorsionada por la cirugía anterior, pero el pronóstico es igual a los hallados con el tratamiento del cáncer del cérvix de un útero intacto. Todas las mujeres sometidas a la histerectomía subtotal deben realizarse examen citológico y colposcópico continuo postoperatoriamente.

Los posibles beneficios de dejar en su sitio el muñón cervical cuando se realiza una histerectomía por una patología en la cual se ha excluido malignidad se basan principalmente no sobre los beneficios particulares de la conservación del estroma cervical sino más bien el de evitar lesión del piso de la pelvis, la sección de los ligamentos cardinales y la aponeurosis pubovesical necesaria para remover el cérvix en la histerectomía total tiene el potencial no sólo de interferir con la inervación de la pelvis, sino también de alterar el sostén natural del vértice vaginal.

El motivo más común para que se realice una histerectomía subtotal es limitar el riesgo quirúrgico, como son un sangrado excesivo, condiciones precarias de la paciente, la distorsión de la anatomía por endometriosis ó



antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria que podría provocar mayor mortalidad o morbilidad como es la lesión de vías urinarias o recto. (2)

El uréter es lesionado más frecuentemente en su intersección con la arteria uterina subyacente y en su inserción con la vejiga. Las lesiones vesicales son el resultado de una movilización inadecuada ó traumática de la misma. La vejiga en ocasiones es incorporada en la línea de sutura del manguito vaginal, lo cual origina una fistula vesicovaginal. Estas complicaciones podrían evitarse si se retiene el muñón cervical.

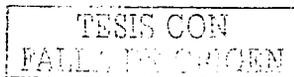
Además de la lesión estructural en las vías urinarias, la remoción del cérvix también tiene el potencial de causar una lesión neurológica. El plexo de Frankenhauser se halla íntimamente asociado con el cérvix y la parte superior de la vagina, estructuras a las cuales rodea. A través de este plexo pasan fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas para inervar la base de la vejiga y la parte superior de la vagina. Al lesionarse una porción importante del plexo Frankenhauser, y la socavación de la base de la vejiga, la remoción del cérvix durante la histerectomía puede llevar a la inervación desordenada tanto de la vejiga como del recto con la disfunción resultante (36)

Los hallazgos de disfunción uretrovesical después de la histerectomía total no son uniformes. Griffith-Jones y col. evaluaron los síntomas urinarios pruebas urodinámicas preoperatoriamente y posoperatorios no encontrando aumento en algún síntoma urinario ni cambio en los parámetros urodinámicos. Kikku observo de un grupo de 105 pacientes sometidas a histerectomía total y otro de 107 pacientes que se sometieron a histerectomía subtotal; halló que la cantidad de mujeres que refirieron incontinencia urinaria fue equivalente en ambos grupos preoperatoriamente y a los 12 meses de la cirugía disminuyo en forma significativa en el grupo sometido a histerectomía subtotal. también hubo una reducción significativa en la sensación de orina residual después de la micción, no hubo reducción significativa en aquellas pacientes sometidas a histerectomía total.

#### Complicaciones de la histerectomía total vs. Subtotal.

	Total	Subtotal
Transfusión	100%	66.6%
Fiebre	44.45	33.3%
CID	13.8 %	16.5%
Lesión de vejiga	8.30%	0
Infección de herida	2.08%	

Chanrachacul K. et al. (2)

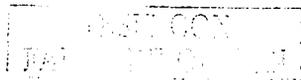


Referente a la función sexual se ha reportado mayor frecuencia de dispareunia en las pacientes sometidas a histerectomía total, debido a que al remover el cérvix el tejido normal en el vértice de la bóveda vaginal es reemplazado por tejido cicatrizal y puede acortar la longitud de la vagina, de igual manera las fibras nerviosas que envuelven al cérvix y el vértice de la vagina podrían provocar estímulos placenteros por el movimiento de esta área durante el coito, y la alteración de esta inervación puede causar disfunción sexual en algunas mujeres. La libido no se modifica al realizar histerectomía total o subtotal. (36)

Carneiro y De-Freitas presentan un estudio donde se comparan la histerectomía total contra subtotal, no encontrando diferencias significativas en la morbilidad por lo cual ambos autores sugieren que se debe de preferir la realización de la histerectomía total siempre que las condiciones de la paciente y la habilidad del cirujano lo permitan. (50)

Ya sea una histerectomía total o subtotal, después de un parto, cesárea ó histerectomía en bloque, puede ser efectuada de acuerdo a las técnicas operatorias clásicas, siendo la extrafacial la de elección. Aunque todos los vasos son apreciablemente mayores que en los úteros no embarzados, la histerectomía suele ser facilitada mediante el desarrollo de los tejidos. Es frecuente que la pérdida sanguínea sea apreciable se calculan de 1500 ml a 2000 ml ó más dependiendo de la causa que indico la histerectomía

Una vez tomada la decisión de la histerectomía, primero se visualiza el campo quirúrgico, en caso de haber realizado previamente una cesárea se coloca compresa seca intrauterina para disminuir la hemorragia, o se pinzan y ligan los vasos sangrantes principales cerrando en un plano la histerotomía con puntos simples o continuos con catgut crómico 1, se verifica la hemostasia. Se eleva el útero de la cavidad abdominal, y los ligamentos redondos cercanos a éste se dividen entre pinzas de Heaney o de Kocher y se cortan y ligan en forma doble. Se emplea con material de reabsorción retardada del 0 ó 1 catgut ó poliglactina (vicryl) este último se prefiere por muchos cirujanos debido a que tiene una reacción inflamatoria mínima y mayor resistencia, ya que su degradación ocurre por hidrólisis y su principal desventaja es no poderse manipular tan bien como el catgut. La incisión de la serosa vesico-uterina, realizada para rechazar la vejiga durante la cesárea, se amplía a los lados y hacia arriba a través de la hoja anterior del ligamento ancho y hacia arriba a través de la hoja anterior del ligamento ancho hasta llegar a los ligamentos redondos en los que se ha practicado la incisión. Todo vaso que sangre debe ser pinzado y ligado para reducir al mínimo las pérdidas hemáticas. La hoja posterior del ligamento ancho adyacente al útero se perfora inmediatamente por debajo de las



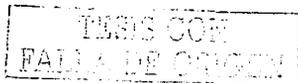
trompas de Falopio, ligamentos útero-ovárico, y vasos ováricos, que se pinzan en forma doble en la proximidad del útero y se seccionan; el pedículo lateral también se somete a ligadura doble. Los pedículos adyacentes al útero se pueden ligar y las pinzas se extraen del campo quirúrgico. La hoja posterior del ligamento ancho se divide a continuación por la cara inferior en dirección a los ligamentos cardinales. A continuación la vejiga y el colgajo peritoneal adherido se rechazan del segmento uterino inferior y se separan del campo quirúrgico. Por lo general, se puede realizar mediante disección roma suave utilizando los dedos cubiertos con una gasa. Si el colgajo vesical es muy adherente, como sucede después de cesáreas previas, puede ser necesaria una disección punzante cuidadosa con tijera.

Hay que tener cuidado a partir de entonces de no lesionar el urétero que pasa por debajo de las arterias uterinas. La arteria uterina ascendente y venas de cada lado deben identificarse y se pinzan en forma perpendicular a su trayecto en forma doble en una zona cercana al útero y se corta y ligan doblemente.

Para efectuar una histerectomía subtotal, basta con amputar el cuerpo a nivel supracervical. El muñón cervical generalmente se cierra con puntos sueltos de catgut y cubiertas con el colgajo de peritoneo vesicouterino. La reperitonización se efectúa como para la histerectomía total.

Para la histerectomía total es necesario movilizar la vejiga mucho más extensamente en la línea media lateralmente. Esto ayudará a mantener los uréteros inferiormente, a medida que la vejiga se retrae por debajo de la sínfisis, y también evitará el corte o sutura de la vejiga durante la incisión del cuello y el cierre de la vagina. Se diseca la vejiga libre aproximadamente a 2 cm. debajo del nivel del cuello, para exponer la parte superior de la vagina. Si el cuello se encuentra sólo ligeramente borrado, puede identificarse mediante palpación entre ambas manos, con una en el fondo de saco y la otra anteriormente con objeto de identificar el nivel en que puede entrarse en la vagina. Si éste se encuentra borrado y dilatado, esta maniobra no puede realizarse por lo general satisfactoriamente. En esta circunstancia, puede penetrarse en la cavidad uterina vía anterior, en la línea media a través de una incisión profunda, efectuada a la altura de los vasos uterinos ligados. Se dirige un dedo inferiormente a través de la incisión para identificar el margen libre del cuello uterino borrado y dilatado y del fórnix vaginal anterior.

Los ligamentos cardinales, los úterosacos, los numerosos y grandes vasos que ambos contienen son sistemáticamente sometidos a la doble colocación de pinzas curvadas del tipo Heaney, pinzas rectas del tipo Ochsner o bien instrumentos similares. Las pinzas se colocan lo más cerca posible del



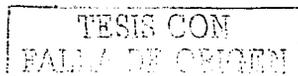
cuello uterino sin incluirlo. Se sugiere por seguridad hemostática que no se incluya un volumen demasiado grande de tejido en cada colocación de pinzas. El tejido existente entre el par de pinzas es incidido y ligado. Estos movimientos se repiten hasta que se alcanza el fórnix vaginal lateral. En estos puntos se colocan pinzas en las ramas descendentes de los vasos uterinos, se seccionan y se ligan a medida que el cuello se disecciona a partir de los ligamentos cardinales lateralmente y de los ligamentos úterosacros.

Inmediatamente por debajo del cuello uterino, se coloca una pinza curva a través del fórnix vaginal lateral y se incide el tejido medialmente a la pinza. El fórnix vaginal lateral escindido se liga y se sutura el muñón del ligamento cardinal. El cérvix se escinde entonces a partir de la vagina, mientras que un asistente sistemáticamente sujeta todo el grosor de los márgenes cortados de la vagina con pinzas rectas de Ochsner. Se inspecciona el cuello para asegurar una extirpación completa, y la vagina se repara. La mayoría prefieren emplear una sutura continua de catgut crómico situada a través de la mucosa y que rodee la fascia endopélvica alrededor de la circunferencia de la vagina para conseguir una hemostasia. La vagina "abierta" puede proveer la evacuación de líquidos que por otra parte, se acumularían y contribuirían a la formación de abscesos.

Los canales peritoneales y el fondo de saco se vacían de sangre y de otros restos. Todos los puntos de incisión a partir del pedículo superior (trompa de Falopio y ligamento ovárico), la bóveda vaginal y colgajo vesical son cuidadosamente examinados e busca de una posible hemorragia. Es necesario un cuidado especial en la vecindad de la arteria y venas uterinas ligadas para que el uréter no sea comprometido por tal ligadura hemostática. La pelvis es reperitonizada. El método emplea una sutura crómica continua comenzando con el extremo del pedículo ligado de la trompa de Falopio y ligamento ovárico, que es invertido retroperitonealmente. Las suturas se colocan entonces continuamente de forma que se aproximen las hojas del ligamento ancho, se oculte el muñón del ligamento redondo, se aproxime el borde del peritoneo vesicouterino por encima de la bóveda vaginal y posteriormente al borde del peritoneo.

La histerectomía obstétrica tiene que cumplir los siguientes objetivos:

- Evitar la pérdida sanguínea excesiva.
- Evitar la contaminación bacteriana.
- Evitar lesiones de los tejidos y las estructuras adyacentes.
- Restaurar la anatomía normal en la mayor medida posible.
- Preservar la función hormonal.



## COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden surgir a consecuencia de la histerectomía obstétrica no son exclusivas de esta intervención; sin embargo algunos problemas se presentan más a menudo con la histerectomía obstétrica que con la histerectomía ginecológica. Los problemas más importantes son hemorragias y lesiones de las vías urinarias. Las complicaciones más frecuentemente observadas, que se reportan en una revisión de la literatura de 1951 a 1984 son: hemorragia postoperatoria, laceración vesical, lesión ureteral, fistulas (vesicovaginal, ureterovaginal, rectovaginal), eventos tromboembólicos, infecciones y mortalidad materna. (4,5,14,21,23)

La hemorragia y la infección postoperatoria, con todas las complicaciones que implican, causan la mayor parte de los problemas postoperatorios serios relacionados con la histerectomía obstétrica; y si los relacionamos con la embolia pulmonar, causan la mayor parte de las muertes postoperatorias.

La histerectomía obstétrica es un procedimiento cruento, donde realmente existe una mayor dificultad para encontrar los planos anatómicos, lo que la hace que tenga mayor frecuencia de complicaciones, además de mayor tiempo quirúrgico y pérdidas hemáticas

En el cuadro siguiente se comparan tres series de revisiones en donde se muestra la pérdida hemática, tiempo en minutos, así como los días de estancia, porcentaje en los cuales se requirió transfusión y complicaciones:

### HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

No de casos	675*	52**	149***
Perdida hemática	nv	6422	nv
Tiempo quirúrgico	125	155	132
Días de estancia	nv	nv	9
Transfusión	61.5%	100%	78.5%

\* Quesnel C. et al. (14)

\*\* Lau W C et al. (21)

\*\*\* Haynes D et al. (4)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## COMPLICACIONES EN LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

No de casos	675*	52**	47***	149****
Incidencia	0.92 %	0.32%	0.07%	0.23%
Lesiones del tracto urinario	6.1%	22.2%	6.3%	6.7%
Fistula vesico vaginal	1.6%	1.9%	nv	0.6%
Coagulopatía	nv	30.7%	2.10%	7.3%
Mortalidad materna	1.1%	1.9%	0.0%	0.67%

\* Quesnel C. et al. (14)

\*\* Lau W C et al. (21)

\*\*\* Sturdee D et al. (51)

\*\*\*\* Haynes D et al. (4)

Existen estudios que comparan la histerectomía obstétrica con la cesárea y posteriormente una histerectomía total abdominal. En este estudio ellos concluyen que realmente el procedimiento tiene una morbilidad operatoria relativamente baja en comparación con la realización de dos cirugías.

### COMPARACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA OBSTETRICA, CESAREA E HISTERECTOMIA

	Histerectomía Obstétrica	Cesárea	Histerectomía
Perdida hemática cc	1435	900	508
Tiempo quirúrgico min	123.4	59.4	118
Días de estancia	6	6	7
Transfusión	39.5%	3.4%	14%

Yancey M. et al. (23)

Si se compara la morbimortalidad de la histerectomía obstétrica de emergencia contra la del procedimiento electivo, se observa primero que el procedimiento electivo presenta menor morbilidad, con un tiempo quirúrgico y menor pérdida hemática. (18,19,20,23,25)

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Los siguientes cuatro cuadros, muestran como el procedimiento de emergencia tiene un mayor índice de complicaciones en comparación del procedimiento electivo, esto según sus autores se debe primero a:

La urgencia del caso, Clark en su estudio reporta que aproximadamente se estima una pérdida de 2125 cc antes de tomar la decisión de realizar la histerectomía. (20) y que es un punto importante de mencionar es la experiencia del cirujano.

En el procedimiento electivo la decisión ya esta tomada solo se procede a la realización por lo que el quirófano como los cirujanos se encuentran preparados para el mismo.

### HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

No de casos	123*	117**	70***
Pérdida hemática cc	3000	mayor 3000 (50%)	3318
Tiempo quirúrgico	nv	mayor 180 (56%)	186
Días de estancia	nv	nv	7
Transfusión	82.90%	87%	97%

\*Clark S. et al. (20)

\*\*Stanco L. et al. (18)

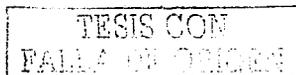
\*\*\*Zelop C. et al. (9)

### HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ELECTIVA

No de casos	43*	109**
Pérdida hemática (cc)	1435/624	875/396
Tiempo quirúrgico (min)	123.4/36	83/27
Días de estancia	6/1.5	4.2/1.8
Transfusión	39.5 %	15%

\*Yancey M. et al. (23)

\*\*Gonsoulin W. et al. (19)



### COMPLICACIONES EN LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

No. De casos	123*	117**	70***
Incidencia (por 1000)	1.3	1.55	0.7
Complicaciones de la HQ	8.9%	3.4%	12%
Lesiones del tracto urinario	9.7%	8.5%	4 %
Infección	8.9%	49.5%	50%
Coagulopatía	5.6%	27.3%	nv
Mortalidad materna	0.8%	0.0%	1%

\*Clark S. et al. (20)

\*\*Stanco L. et al. (18)

\*\*\*Zelop C. et al. (9)

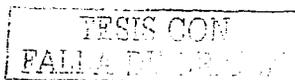
### COMPLICACIONES EN LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA ELECTIVA

No de casos	43*	109**
Complicaciones de la HQ	2.3 %	2%
Lesión del tracto urinario	2.3 %	0.9%
Íleo	0%	2%
Hematoma pélvico	4.6 %	0.9%
Celulitis pélvica	9%	7%

\*Yancey M. et al. (23).

\*\*Gonsoulin W. et al.(19)

Como conclusión se puede mencionar que la histerectomía obstétrica se concibió originalmente para combatir la infección y la hemorragia, y muchas veces se recurría a ella antes que la madre estuviera en peligro. Esta operación ha tenido críticos en pro y contra desde que fue descrita por primera vez. Las mejoras logradas en las destrezas quirúrgicas, condiciones de los hospitales, cuidado prenatal y vigilancia durante el parto, han disminuido considerablemente la morbilidad y reducido drásticamente la mortalidad de esta intervención, por lo que una histerectomía obstétrica puede constituir la diferencia entre la vida y la muerte.



## OBJETIVOS

- 1) Conocer la incidencia de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital de México entre los años de 1995 al 2000
- 2) Conocer las indicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital de México y los factores predisponentes existentes para las patologías meritorias de dicho tratamiento quirúrgico.
- 3) Conocer la correlación existente entre el diagnóstico clínico para la realización del procedimiento y el diagnóstico histopatológico.
- 4) Conocer la morbimortalidad de la histerectomía obstétrica en el Hospital de México.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó el estudio en el Hospital de México, revisando los expedientes en archivo de las pacientes que fueron sometidas a una Histerectomía Obstétrica durante el periodo del 1 de octubre de 1995 al 30 de septiembre del 2000.

## VARIABLES EN ESTUDIO

Edad: edad cumplida en años al momento de la resolución del embarazo.

Paridad: número de embarazos en el momento de la resolución del embarazo mencionando número de cesáreas, partos, abortos, ectópicos y molares.

Patología de base: patología asociada al embarazo en estudio como: diabetes, hipertensión arterial sistémica crónica, enfermedades de la colágena, alteraciones hematológicas y endocrinopatías.

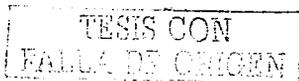
Patología obstétrica: patología asociada al embarazo en estudio de origen obstétrico.

Edad gestacional: edad gestacional expresada en semanas al momento de la interrupción del embarazo, tomándose la fecha de última menstruación o en caso de ser necesario la edad gestacional por ultrasonido.

Tipo de embarazo: tipo de embarazo según el número de fetos en el embarazo en estudio expresándose como: embarazo único o múltiple.

Tipo de resolución del embarazo: consideraremos el tipo de nacimiento como parto, cesárea, aborto, ectópico.

Tipo de anestesia: anestesia utilizada en el momento de la resolución del embarazo, considerando la anestesia general, bloqueo epidural o anestesia local.



Indicación de la histerectomía obstétrica: patología presente que fue la indicación de la histerectomía.

Medicamentos utilizados como: oxitócina, sulfato de magnesio, calcio, betamiméticos.

Estudio histopatológico: resultado del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Complicaciones: complicaciones reportadas en el expediente clínico como consecuencia del procedimiento quirúrgico incluyendo patología hemorrágica, infecciosa, lesiones de vías urinarias, obstrucción intestinal y muerte.

**CRITERIO DE INCLUSIÓN:**

Toda paciente a la cual se le realizó una histerectomía obstétrica en el periodo que abarca entre el 1 de octubre de 1995 hasta el 30 de septiembre del 2000.

**CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes de las cuales no se pueda lograr el acceso al expediente clínico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

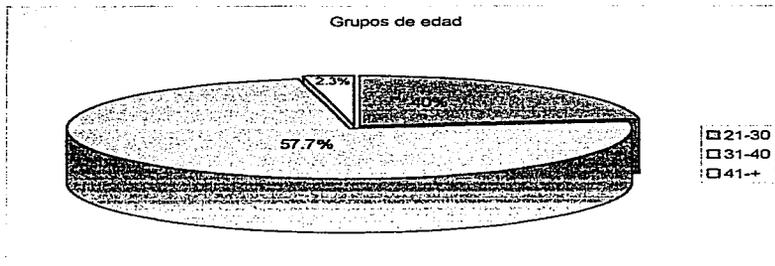
## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 1995 y el 30 de septiembre del 2000 se reportan 20,164 nacimientos con un número de 45 Histerectomías obstétricas lo que corresponde a un 0.22 % de los nacimientos.

### EDAD

La edad de las pacientes en el grupo estudiado vario de 22 a 41 años. Siendo el promedio 31 años. Las pacientes se dividieron en 3 grupos predominando la Histerectomía obstétrica entre los 31 y 40 años de edad con 26 casos que representa el 57.7 % de la población, seguido del grupo de 21 a 30 años con 18 casos que representa 40 %, y luego el grupo de más de 40 años con 1 caso que representa el 2.3 %.

GRUPOS DE EDAD	No. DE PACIENTES	%
21-30	18	40%
31-40	26	57.7%
41 ó más	1	2.3%
TOTAL	45	100.0

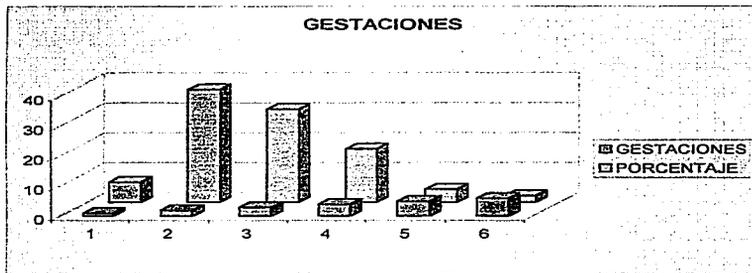


TESIS CON  
FALLA DE CINCEN

### GESTACIONES

De los 45 casos, el mayor porcentaje de las pacientes tenían 2 (37.7 %) y 3 (31.1 %) gestaciones, seguidos de las pacientes con 4 con un 7.8 %, en cuarto lugar en frecuencia correspondiendo a las primigestas con un 6.6%; al igual que las grandes multiparas de 5 ó más gestaciones con un 6.6 %.

GESTACIONES	NO. DE CASOS	%
I	3	6.7
II	17	37.7
III	14	31.1
IV	8	17.8
V	2	4.4
VI	1	2.2
TOTAL	45	100



TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

### PARTOS

Se observó que la mayoría de las pacientes no tenían antecedentes de partos constituyendo este el 55.5 %, y en segundo lugar se encuentra el grupo de pacientes que tenían dos partos con un 26.6 %, y un 15.5 % tenían antecedentes de un parto.

PARTOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	25	55.5 %
1	7	15.5 %
2	12	26.6 %
3	1	2.2 %
TOTAL	45	100 %

### ABORTOS

En relación con el número de abortos podemos apreciar que un 40 % de las pacientes presentaban de menos un aborto, predominando el grupo de las pacientes con 0 abortos con 60 %.

ABORTOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	27	60 %
1	13	28.9 %
2	4	8.9 %
3	1	2.2 %
TOTAL	45	100 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CESÁREAS

Se puede observar que solamente un 24.4 de las pacientes no tienen antecedente cesárea. El 40 % tiene el antecedente de dos cesáreas.

CESÁREAS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	11	24.5 %
1	7	15.5 %
2	18	40 %
3	8	17.7 %
4	1	2.2 %
TOTAL	45	100 %

### EDAD GESTACIONAL

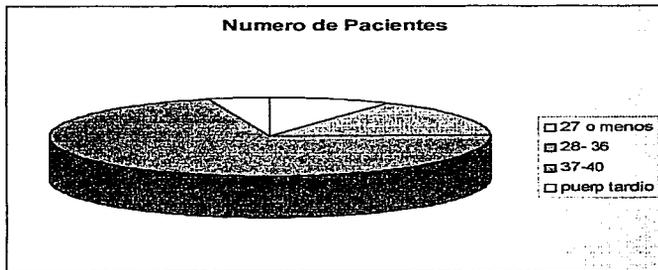
Se puede observar el predominio de los embarazos a término con un 71.2 %, los embarazos de pretermino de las 28 a las 36 sdg ocupan 11 % de las pacientes, 13.2 % lo ocupan embarazos previos a las 27 sdg y por último un 4.4 % correspondió a las histerectomías practicadas en el puerperio tardío. Se observó una edad promedio de 26.4 sdg con una moda de 38 sdg con un máximo de 39 y mínimo de 12, rango de 27.

SEMANAS DE GEST.	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
12	1	2.2
16	2	4.4
17	1	2.2
28	2	4.4
30	1	2.2
31	1	2.2
34	1	2.2
35	2	4.4
37	6	13.4
38	16	35.6
39	10	22.2
Puerperio tardío	2	4.4
TOTAL	45	100

Agрупando a estas pacientes se muestra de la siguiente forma:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SEMANAS DE GESTACIÓN	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
27sdg ó menos	4	8.9
28 a 36 sdg	7	15.6
37 a 40 sdg	32	71.1
puerperio tardío	2	4.4
TOTAL	45	100

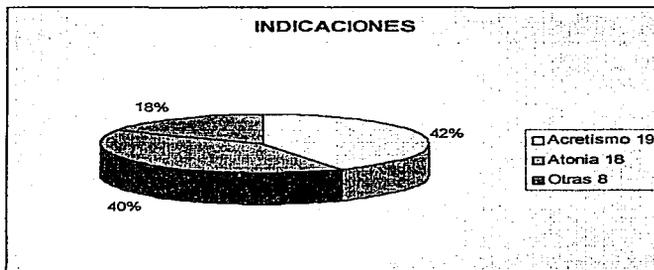


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICACIONES PARA LA HISTERECTOMÍA

Las indicaciones predominantes en nuestro grupo de estudio fueron acretismo placentario con 19 casos correspondiéndole 42.2 %, seguida con el 40 % con 18 casos por atonía uterina. Las otras indicaciones con el restante 17.8 %.

INDICACIÓN	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ACRETISMO	19	42.2
ATONIA	18	40
OTRAS	8	17.8
TOTAL	45	100



En el apartado de "otras indicaciones" aparecen: ruptura uterina (4.4 %), corioamniotitis (4.4 %), CaCu (2.2 %), embarazo ectópico cervical (2.2%) y dehiscencia de histerorrafia (4.4 %).

El número de gestaciones en el grupo de pacientes operadas por atonía uterina fue el siguiente:

GESTACIONES	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
2	9	50
3	7	38.9
4	2	11.1
TOTAL	18	100

De las 19 pacientes que se les realizó histerectomía por acretismo placentario el 52.6 % tenía Placenta de Inserción baja. De estas pacientes con Placenta de Inserción Baja y acretismo placentario, la relación con el número de cesáreas previas a la resolución del embarazo es la siguiente:

NO. DE CESAREAS	NO DE PACIENTES	PORCENTAJES
1	6	60 %
2	3	30 %
3	1	10 %
	10	100

Siendo la inserción baja de placenta la patología más frecuentemente asociada en nuestro estudio correspondiendo al 22.2 %.

La segunda patología obstétrica asociada fue la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo en 3 casos correspondiendo al 6.7 %

El tercer lugar en frecuencia esta la Ruptura prematura de Membranas con 2 casos que corresponden al 4.4 % de la población en estudio.

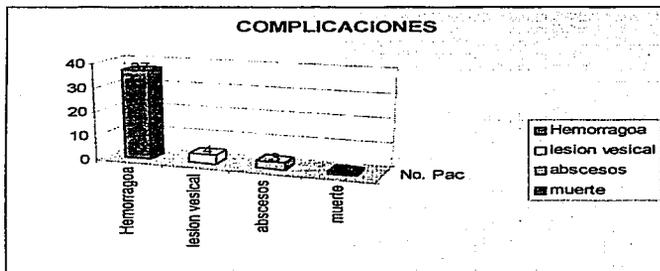
La patología no obstétrica asociada en nuestro estudio no fue relevante.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MORBILIDAD

Se reporta en un 88 % de los casos (40), siendo la complicación más frecuente la hemorragia en un 82.2 % (37 casos) seguida por las lesiones a vías urinarias con un 8.9 %-(4 casos), absceso de pared 6.7 % (3 casos). La muerte se presentó en una paciente correspondiendo a un 2.2 % debido a choque hipovolémico, secundario a placenta preclara.

COMPLICACIÓN	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HEMORRAGIA	37	82.2
LESION VESICAL	4	8.9
ABSCESO DE PARED	3	6.7
MUERTE	1	2.2
TOTAL	45	100



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PATOLOGÍA

REPORTE DE PATOLOGÍA	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
MIOMETRIO CONGESTIVO	9	26.5
ACRETISMO	13	38.2
MIOMATOSIS	4	11.8
RUPTURA O DESHISCENCIA CORIO O ENDOMETRITIS	3	8.8
NIC	2	5.9
NIC	3	8.8
TOTAL	34	100

## ANESTESIA

ANESTESIA APLICADA	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
BLOQUEO PERIDURAL	23	51.1
GENERAL	6	13.3
BPD + GENERAL	16	35.6
TOTAL	45	100

Se observó que el 51.1 % de los casos se realizaron bajo Bloqueo Peridural, en 13.3 % de las pacientes se utilizó anestesia General, en la población restante se utilizó durante la atención de parto o cesárea bloqueo peridural y al presentarse la hemorragia se aplicó anestesia general.

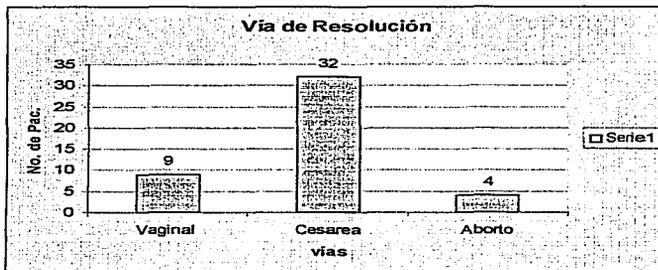
## MEDICAMENTOS

En 5 pacientes que a su ingreso fueron manejadas con útero-inhibidores por amenaza de parto pretermino y sin respuesta a los mismos, de este grupo una paciente se le practicó histerectomía obstétrica por acretismo, 3 por

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

atonía y una por ruptura uterina. En 7 pacientes se utilizó oxitócina de las cuales 6 fueron intervenidas por atonía, y una por ruptura uterina.

VIA DE RESOLUCIÓN	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
VAGINAL	9	20
CESAREA	32	71.1
ABORTO	4	8.9
TOTAL	45	100



## ANÁLISIS

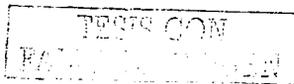
Por medio del estudio realizado en esta tesis se observo una incidencia de histerectomía obstétrica de un 0.22 % de los nacimientos acaecidos en el Hospital de México en un periodo de 5 años que representa una cifra mucho más baja de los reportados por otras Instituciones publicas de salud en nuestro país, y ligeramente mayor en relación con la incidencia en países como los Estados Unidos.

Lo que corresponde a la edad de las pacientes se aprecio un predominio de la histerectomía obstétrica en las pacientes entre 31 y 40 años con un 57.7 %, seguido de las pacientes de 21 y 30 años con un 40 %. Este hecho se debe que es la época reproductiva de la mujer demostrándose la relación directa entre edad y multiparidad, mientras más edad mayor es la incidencia de multigestas y mayor el riesgo de padecer patologías meritorias de histerectomía obstétrica.

Los resultados obtenidos en cuanto al número de gestaciones nos muestran una mayor incidencia de pacientes con dos gestaciones con un 37.7 %, seguidas por las que tenían tres correspondiendo al 31.1 % y con 4 gestaciones 17.8 %, con una distribución similar en los otros grupos considerados, únicamente llamando la atención el 6.7 % de histerectomías realizadas en pacientes primigestas siendo la indicación prevalente entre ellas el acretismo placentario y atonia uterina lo que nos habla de que estas patologías no son exclusivas de pacientes multigestas.

Analizando estas gestaciones se observo que un 55.5 % de las pacientes no tenían antecedente de parto, seguidos por un 26.6 % de las pacientes con dos partos y en tercer lugar un 15.5 % con un parto. El 60% de las pacientes no tenía antecedente de aborto, el 28.9 % con uno y el 8.9 % con dos abortos, esto representa que un 40 % de las pacientes tenían por lo menos un aborto previo. Lo que corresponde a las cesáreas se observo que únicamente un 24.4 % de las pacientes no tenían cesárea previa o sea que un 75.6 de las pacientes tenían de menos una cesárea.

La edad gestacional tuvo una distribución entre las 12 y 39 semanas de gestación, siendo las 38 sdg la que predomino con un 35.6 %, seguida de las 39 semanas con un 22.2 % y en tercer lugar las 37 semanas con un 13.4 %.

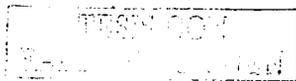


Si tomamos la edad gestacional en grupos se observó el predominio del embarazo de término con un 71.1 %, seguido del pretermino entre 28 y 36 sdg con un 15.6 %, a continuación están los embarazos menores de 27 sdg con un 8.9 %, se presento este evento en un 4.4 % durante el puerperio tardío. Con lo anterior podemos observar un 24.5% de pacientes en las cuales se interrumpió el embarazo antes del término debido a las patologías que se asociaron a estos.

La vía de resolución del embarazo de estas pacientes se distribuyó de la siguiente forma: 1) cesárea 71.1%; 2) parto 20 % 3) aborto 8.9%. Esto nos muestra que la mayor proporción de histerectomías fue posterior a una cesárea.

Las patologías obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en nuestro grupo de pacientes fue en primer lugar la Placenta de Inserción Baja con un 22.2% de los casos, en segundo lugar tenemos a la Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo con un 6.7% y en tercer lugar la Ruptura Prematura de Membranas con un 4.4 % de los casos. La Placenta de Inserción Baja esta relacionada en forma muy importante al acretismo placentario, reportes en la literatura mencionan que pacientes con placenta de inserción baja más una cesárea previa presentaron un 53% de histerectomías obstétricas. En lo que respecta a esta estadística observamos que de las pacientes que fueron operadas por acretismo placentario un 52.6 % de ellas contaba con el diagnóstico de placenta de inserción baja. De las pacientes con placenta de inserción baja un 70 % fueron operadas por acretismo placentario. De estas pacientes con placenta de inserción baja operadas por acretismo placentario el 80% tenían el antecedente de por lo menos una cesárea previa. También se observó que de las pacientes con placenta de inserción baja un 90 % tienen de menos un aborto o una cesárea previa lo que nos corrobora que la presencia de abortos y cesáreas aumenta el riesgo de presentar un acretismo placentario.

Los medicamentos que se utilizaron con más frecuencia fueron principalmente la oxitócina con 7 casos, y en 5 pacientes se utilizaron los útero-inhíbidores debido a que previamente habían sido ingresadas por amenaza de parto pretermino. De las pacientes que se utilizaron útero-inhíbidores se operaron por acretismo 1 paciente y por atonía 3. De las 7 pacientes que utilizaron oxitócina 6 se operaron por atonía, 1 por ruptura uterina, apreciándose en este estudio como factor asociado principalmente a la atonía uterina, y también a patologías en las cuales se le refiere como



factor de riesgo, como ruptura uterina. Dadas las características del estudio no se le puede calificar como factor causal, sin embargo si se puede mencionar su asociación a dichas patologías.

Las indicaciones de histerectomía obstétrica que prevalecieron en nuestro estudio fue el acretismo placentario en primer lugar con un 42.2 %, en segundo lugar la atonía uterina con un 40 % y en menor frecuencia ruptura uterina 4.4%, corioamnionitis 4.4 %, útero de Couvalaire 2.2 %, CaCu 2.2 %, dehiscencia de histerorrafia 4.4 %.

Lo que podemos observar en nuestro Hospital que el acretismo placentario permanece como indicación más frecuente de histerectomía obstétrica concordando con lo publicado en la literatura.

El hallazgo histopatológico más frecuente fue el acretismo placentario con un 28.9%, en segundo lugar con un 20 % se reporto miometrio congestivo lo cual significa ausencia de patología específica, en tercer lugar la miomatosis uterina con un 8.9 %, NIC en un 6.7 %, de igual forma se reporto ruptura o dehiscencia en un 6.7 %. El alto número de reportes normales se debe principalmente al alto número de intervenciones por atonía, patología que no tiene ningún hallazgo histopatológico específico.

De las pacientes en las cuales se pudo comparar su indicación de la histerectomía con el resultado de histopatología, fueron 34, excluyendo las pacientes con atonía uterina, se encontró que 25 pacientes correspondían al hallazgo histopatológico a la indicación de histerectomía obstétrica, representando esto un 55.5 % y el resto no coincidió la indicación con dicho resultado, sin embargo no representa que estén mal indicados los procedimientos ya que en la mayoría de estos casos existía otra patología meritoria del procedimiento, y recordemos que la gran mayoría de los casos de histerectomía obstétrica son casos de hemorragia profusa que nos impide tener el tiempo y la certeza del diagnóstico.

De las pacientes que cuentan con estudio histopatológico y que fueron operadas por acretismo placentario se corroboró el diagnóstico en 11 pacientes correspondiendo a un 58 %, y se reporto el útero normal en 3 casos que corresponde al 15.8 %, las otras pacientes se reportaron con cambios inespecíficos.

La morbilidad de la histerectomía obstétrica presentada en este estudio fue de 88 % cifra que es elevada en comparación a los reportados por Plauché. Las complicaciones más frecuentes están dadas, como en toda la literatura revisada, por la hemorragia, 37 paciente (82.2 %) tuvieron un sangrado

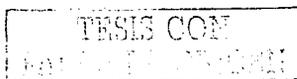


mayor a 1000 cc. 9 de ellas presentaron sangrado mayor a 3000 cc. Las lesiones de las vías urinarias representaron el 8.9 % del total de las complicaciones y el absceso de pared o cúpula con un 6.7 %.

Vale la pena mencionar en este rubro el alto porcentaje de transfusiones (88%), se deba a que solamente en un caso se programo cesárea-histerectomía, y en el resto de los casos el procedimiento fue realizado solo después de intentar maniobras por detener el sangrado.

De las 45 pacientes, 23 pasaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital (51.1%) con un promedio de 2 días de estancia en dicha Unidad y 22 pacientes a hospitalización (48.9%) de las cuales tuvieron un promedio estancia hospitalaria de 2 a 4 días (55.6 %), de 5 a 7 días (26.6 %) y 8 días o más un (17.8 %)

Se reporto una muerte materna como consecuencia de la complicación obstétrica y el procedimiento realizado.



## CONCLUSIONES

La incidencia de histerectomía obstétrica encontrada en nuestro estudio es de 0.22 % de los nacimientos, siendo promedio a la reportada en la literatura revisada la cual varía de 0.2 % hasta 1.9%

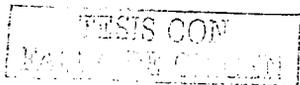
La incidencia de la histerectomía obstétrica es poca en la practica obstétrica, presenta más frecuentemente en pacientes multigestas, mayores de 30 años y antecedentes de cesáreas previas

Las patologías más frecuentes como indicación de histerectomía obstétrica fueron el acretismo placentario y atonía uterina.

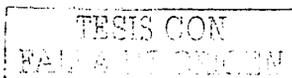
En las pacientes operadas por acretismo placentario la patología que más frecuentemente se observo fue la placenta de inserción baja y también se observó la existencia de por lo menos un aborto o una cesárea previa en la mayoría de las pacientes.

La morbilidad que presento el procedimiento en este estudio fue de un 97.8%, predominando las complicaciones hemorrágicas (82.2%), seguidas por las lesiones de vías urinarias e infecciones (15.6 %), esta ultima causa de morbilidad va en relación directa al tipo de histerectomía realizada (total o subtotal). Si bien todavía no es totalmente cuantificable, parece estar claro que la remoción profiláctica del cérvix no enfermo durante la histerectomía aumenta la morbilidad del procedimiento mismo en comparación con la histerectomía subtotal. Entre otras ventajas que se ha atribuido a la realización de histerectomía subtotal, es que respeta el piso pélvico, no lesiona plexos nerviosos que se encuentran en cérvix y en base de la vejiga, por lo tanto hay menos posibilidades de lesión estructural y neurológica con expresión clínica como menos casos de incontinencia urinaria y sensación de orina residual después de la micción en comparación con aquellas que fueron sometidas a histerectomía total. Las mujeres sometidas a histerectomía subtotal deben realizar examen citológico y colposcopico continuo posterior a la histerectomía obstétrica. En las mujeres en una situación de alto riesgo de desarrollar un cáncer cervical o en aquellas que es improbable que puedan someterse a examen citológico anual regular, podría ser más adecuado la realización de histerectomía total. Hasta que no se disponga de más información que ayude a guiar nuestras decisiones, un enfoque no dogmático por parte del médico y valoración de la paciente parecen ser nuestro mejor recurso

La mortalidad que se observó en este estudio fue de 2.2%



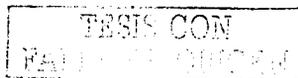
Los resultados de patología correspondieron a la indicación de la histerectomía en un 55.5 % de los casos que pudieron considerarse para esta comparación (34) dado que algunas pacientes no tenían estudio de patología. El hallazgo patológico más frecuente fue el acretismo placentario con un 28.9 %, en segundo lugar con un 20% se reporto miometrio congestivo lo cual significa ausencia de patología específica.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Thonet R. Et al. Obstetric hysterectomy and 11 years experience. Br J. Obstet Gynecol 1996; 54:109-113
- 2.- Chanrachaful K. Et al. Cesarean and postpartum hysterectomy. Int J. Obstetric Gynecol 1996; 54:109-113.
- 3.- Porro E. Et al. Dell'amputazione uteroovarica come donpolemento di taglio cesarea. Ann Univer. Med. Chir. 1876:237-238.
- 4.- Haynes D et al. Cesarean hysterectomy: a twenty five years review. Am J. Obsstetric Gynecol. 1979; 134:393-398.
- 5.- Quesnel Garcia Benitez. Temas selectos en reproducción humana. Instituto Nacional de Perinatología 1989: 383-389.
- 6.- Durfee RB: et al. Cesarean hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1969;12:575-589
- 7.- Urzua Ma. Marin RA Cesarea histerectomía Ginec-Obst. Mex. 1980;48(283):261-271
- 8.- Park RC Duff WP: Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna. Clin/Obs Gynecol 1980;2:611-631.
- 9.- Zelop C et al. Emergency peripartum hysterectomy. Am J. Obstet Gynecol. 1993;168:1443-1448.
- 10.- Montague C. et al. Cesarean hysterectomy: its value as a sterilization procedure. Obstet Gynecol. 1959;14:28.
- 11.- Pletsch T. et al. Cesarean hysterectomy for esterilization. Am. J. obstet Gynecol. 1963;85:254.
- 12.- Neme B. A. Histerectomía No ciclo grávido puerperal. Estudio critico a propósito de 99 casos. Clin Obst Brass 1986;9(3):231-244

- 13.- Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. Marketing y publicidad de México. 1998
- 14.- Quesnel C. Et al. Histerectomía obstetrica. Revisión de 675 casos en el Instituto Nacional de Perinatología. Gineco Obstet Mex 1997; 65:119-124.
- 15.- Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. Marketing y publicidad de México. 1998
- 16.- Wang DF. Analisis of hysterectomies in 118 obstetric cases. Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih. 1991;26(4):221-3
- 17.- Hsu TY, Hsieh CC. Lo LM, Soong YK. Emergency obstetric hysterectomy : report of fifteen cases. Chan Keng I Hsueh. 1991;14(2):111-6
- 18.- Stanco L. et al Emergency hysterectomy and associated risk factors. Am J. Obstet Gynecol. 1993;168:879-883.
- 19.- Gonsoulin W. et al. Elective versus emergency cesarean hysterectomy cases in a residency program setting: a review of 129 cases from 1984 to 1988. Am J Obstet Gynecol. 1991; 165:91-94.
- 20.- Clark S. et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64:376-380.
- 21.- Lau W C et al. Ten years experience of cesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. Eur J. Obstet Gynecol. 1997;74:133-137.
- 22.- Pernoll M. Benson R. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. Manual moderno 1998. 4º edición; 493-520
- 23.- Yancey M. Et al. The perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy. Obstet Gynecol. 1993;81:206-210.
- 24.- Larie S. et al. Routine previous scar exploration following successful vaginal delivery. Is it necessary? Euro J. Obtet Gyneacol reprod Biol. 1992; 45(3):185-86



- 25.- Plauche W.C. Cesarean hysterectomy: indications tecnica and complications. Clin Obstet Gynecol 1986;29:601-20
- 26.- Makhseed M. Et al. The outcome of placenta accreta in Kuwait (1981-1993). Int J. Gyneacol Obstet 1995;50:139-144.
- 27.- Mc Donald P. Gant N. Williams Obstetrica. Salvat 1996. 4o edición 608.
- 28.- Miller D et al. Clinical risk factorss for placenta previa-placenta accreta. Am. J. Obstet Gyneacol 1997; 177:210-214.
- 29.- Makhseed M. Et al. The outcome of placenta accreta in Kuwait (1981-1993). Int J. Gyneacol Obstet 1995;50:139-144.
- 30.- Finber HJ et al. Placenta accreta; prospectiva sonographic diagnosis in patients with placenta and prior cesarean section. J. Ultrasound Med 1992;111:333-43
- 31.- Thorp JM. Councell RB Sandridge DA. Wiest HH. Antepartum diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance Imaging obstet Gynecol 1992; 80(3) pt 2:306-8
- 32.- Rosemond RL Kepple DM. Transvaginal color Doppler sonography in the prenatal diagnosis of placenta accreta. Obstet Gynecol . 1992;80 (3) pt 2:508-10
- 33.- kupferminc MJ. Tamura RK, Wisnton TR, Glassenberg R Socol ML. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alphafetoprotein Obstet Gyneacol. 1992; 80(4): 693-694
- 34.- Zelop C. Nadel A. Frigoletto FD. Pankers S. Placenta accreta/percreta/increta: a cause of elevated maternal serum alphafetoprotein Obstet Gyneacol. 1992 80(4): 693-94
- 35.- Jaffe R. Et al. Failure of Metrotexate for term placenta percreta. AM J. Obstet Gyneacol 1974; 171:558-9
- 36.- John A. Rock, John D. Thmpson. Ginecología quirurgica, 1998 8a ed.:278, 818-821.

- 37.- Abd Rabbo SA et al. Stepwise uterine desvascularization: a novel technique for management of uncontrrollable postpartum hemorrhage with presevation of the uterus. *Am J. Obstet Gynecol* 1974;171:694-700
- 38.- Meneghello et al. Fertility and conservative treatment in the early stage of cervical cancer. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1992; 19:40-42
- 39.- Bakri YN et al. Angiographic embolization for control of pelvic hemorrhage: report of 14 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:17-21
- 40.- Leung As.Farmer RM. Leung EK. Medearis AL. Palal RH, Risk factors associated with uterine rupture during trial labor after cesarean delivery. A case control study *AM J Obstet Gynecol*, 1993;168(5):1358-1363
- 41.- Chen KC Hsich TT. Rupture of gravid uterus: eight year clinical analysis and review of the literature. *Chan Keng I Hsueh*. 1992; 15(1):15-22
- 42.- Heckel S. Ohi J. Dellenbach P. Rupture of an Unscarred uterus at full term after an intracervical application of dinoprostone. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1993;88(3): 162-4
- 43.- Azen F. Jaffa A. Lessing JB, Peyser MR. Uterine rupture with the use of a low dose vaginal PGE2 tablet. *Acta Obstet gynecol Scand*. 1993;72(4): 316-7
- 44.- Iriye B, Bristow R. Hsu C. Bruni R, Johnson T. Uterine rupture associated with recent antepartum cocaine abuse. *Obstet gynecol*. 1994;83:840-41
- 45.- J. Gonzalez-Merlo *Ginecologia*, 7ª edic. 1997. Masson 429-35
- 46.- Meted A. et al. management of cervical cancer in pregnancy *semin surg oncol* 1999;16:251-60
- 47.- Sood A. et al. Surgical Management of cervical cancer complicating pregnancy: a case control study. *Gynecol Oncol* 1996;63:294-298

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

48.-Sood A. et al. Invasive cervical cancer complicating pregnancy. Obstet Gynecol Clin Nort Am. 1998; 25(29):343-351

49.- Hopkins M. et al. Cervical cancer in pregnancy. Gynecol Oncol. 1996; 63:293-294

50.- Canciro M. et al. Total hysterectomy versus subtotal hysterectomy, which procedure should be performed during the pregnant-puerperal period? Rev paul Med 1993; 11(2):354-8.

51. Sturdee D et al. cesarean and post partum hysterectomy 1968-1983 Br J. Obstet Gynecol. 1986;93:270-274

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN