

Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas

Dras. Noren Villalobos*, Carol López Fuenmayor**

Departamento Obstétrico del Hospital Univertario. Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Edo. Zulia

RESUMEN

Objetivo. Analizar las indicaciones, evolución y complicaciones de las histerectomías obstétricas.

Método. Estudio analítico, crítico y retrospectivo de 21 histerectomías obstétricas realizadas en el período 1990-1996, y correlación con indicación, evolución y complicaciones.

Ambiente. Departamento Obstétrico del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela.

Resultados. Las principales indicaciones fueron: rotura uterina; hematoma del ligamento ancho; sepsis; perforación uterina; hipotonía uterina; lesión transoperatoria de arteria uterina e infiltrado uterino. El análisis de estas indicaciones mostró que 14 casos pudieron haberse resuelto sin la necesidad de realizar una histerectomía.

Conclusiones. La decisión de realizar histerectomía en la emergencia obstétrica debe ser analizada cuidadosamente antes de tomar una conducta apresurada, debido a que se trata de una intervención difícil por las modificaciones que sobre la anatomía de la región produce el embarazo y en muchas ocasiones sus complicaciones pueden superar sus beneficios.

Palabras clave: Histerectomía obstétrica. Cesárea. Histerectomía.

SUMMARY

Objective. To analyze the indications, evolution and complications of obstetrical hysterectomies.

Method. Critical, analytical and retrospective study of 21 cases of obstetric hysterectomies performed during the period 1990-1996, and correlation with indication, evolution and, complications.

Setting. Obstetric Department of University Hospital of Maracaibo, Maternity "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela.

Results. The main indications were: uterine rupture; hematoma of the wide ligament; sepsis; uterine perforation; uterine hypotonia; transoperative lesion of uterine artery and uterine infiltration. The analysis of these indications showed that 14 cases could be solved without hysterectomy.

Conclusions. The decision to perform a hysterectomy in the obstetrical emergency should be thoroughly analyzed prior to making a hasty judgement, because this procedure is difficult due to the anatomical changes that occur in the region due to pregnancy. In many cases the resulting complications are worse than benefits obtained.

Key words: Obstetric hysterectomy. Cesarean hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica (HO), llamada también cesárea histerectomía (CH), es uno de los procedimientos quirúrgicos que produce más controversias desde su aparición hasta nuestros días.

*Médico Especialista I. Adjunto al Servicio 4.

**Médico Residente de Posgrado.

Trabajo presentado en el IX Congreso de la Academia de Medicina del Zulia. XXX Aniversario, Maracaibo, Estado Zulia.

Recibido: 17-11-98

Aceptado para publicación: 28-02-99

En el siglo XVIII, Joseph Cavallini (1768); GP Michaelis (1809) y J Bluender (1823) mencionados por Park y Duff (1), luego de realizar la intervención en animales, sugirieron que podría efectuarse con éxito después de una cesárea (OC) en la mujer, cuando se considere indispensable para preservar la vida de la paciente. Horacio Storer, en 1869, realizó la primera CH documentada, con muerte de la madre, y en 1876, Eduardo Porro efectuó la primera CH con sobrevida de madre e hijo, según Park y Duff (1). El

éxito de Porro despertó gran interés en la intervención difundiendo ampliamente su uso a pesar de las dificultades técnicas existentes para controlar la hemorragia posquirúrgica en aquella época.

Aun cuando la evolución trans y posoperatoria de las pacientes ha mejorado considerablemente, gracias a la utilización de transfusiones sanguíneas, antibióticos, mejor técnica quirúrgica y tipo de anestesia, debe considerarse que es una cirugía mutilante y complicada para el operador debido a las modificaciones anatómicas del útero, a sus estructuras de sostén, al aumento de la vascularidad derivada del embarazo (2) y a las malas condiciones de las pacientes.

Sin embargo, en los países anglosajones, en especial en los Estados Unidos de América, se ha convertido en un método de esterilización en pacientes con variadas patologías uterinas (1,3,5) a pesar de las controversias al respecto.

En el ámbito nacional se realiza principalmente en casos de abortos sépticos o como consecuencia de complicaciones ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio (6,9).

De acuerdo a Obeid (10) y Ruiz Velasco y col. (11), la HO puede clasificarse en: CH propiamente dicha, cuando se realiza en un solo tiempo operatorio, histerectomía poscesárea (HPC) cuando implica dos actos quirúrgicos en dos tiempos diferentes (11), histerectomía posparto (HPP) la que se realiza luego del parto, ya sea inmediatamente o en el puerperio inmediato o mediato, histerectomía posgrado (HPL) e histerectomía en bloque (HB) la que se realiza en caso de una enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) persistente (10).

En 1900 Reed propuso las principales indicaciones para el método de Porro:

1. Todos los casos en que debido a las condiciones generales de la paciente sea necesaria la operación cesárea y además se requiera la extracción del útero.
2. En casos de feto muerto e infección uterina.
3. Atresia extensa de la vagina que impida la expulsión de los loquios.
4. Cáncer de cuello uterino.
5. Atonía uterina o hemorragia incontrolable a nivel de la placenta.
6. Casos de rotura uterina (RU) donde las suturas no brindan garantía alguna de resistencia.
7. Infección intrauterina.

El objetivo del presente estudio es analizar las indicaciones, evolución y las complicaciones

producto de esta intervención en el Departamento Obstétrico del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" (MACP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico y retrospectivo de 21 historias codificadas con diagnóstico de HO en el lapso comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 1996 en la MACP. Las variables estudiadas fueron: diagnóstico de ingreso, edad materna, edad de gestación, número de embarazos, indicaciones para la cesárea, indicaciones para la histerectomía, evolución y complicaciones. Dichos datos fueron tabulados realizando un análisis porcentual, con respecto al número de histerectomías obstétricas y al total de nacimientos durante el tiempo del estudio, así como a la cantidad de cesáreas realizadas en ese período. Los resultados se expresan como valores absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

Entre enero de 1990 y diciembre de 1996 ingresaron a la MACP 102 297 embarazadas, de las cuales hubo 73 027 nacimientos vivos (71,38%) y 2 057 nacidos muertos (2,01%); 68 203 partos vaginales (66,67%); 11 876 OC (11,60%); 13 276 abortos (12,97%) y 265 ETG (0,25%).

Se realizaron 21 HO es decir, 0,0205% del total de pacientes embarazadas de las cuales 16 (0,015%) fueron CH. El tipo de intervención realizada en todos los casos fue total.

Se practicó con mayor frecuencia en el grupo de 31-40 años (48%), con extremos entre los 16 años y 43 años.

La edad de gestación más frecuente fue entre 37-41 semanas con 10 casos (47,61%). El procedimiento se efectuó en 12 múltiparas (57,14%) y 9 primigestas (42,85%).

El principal diagnóstico de ingreso, fue de trabajo de parto (TdP) en 10 pacientes (Cuadro 1). Algunas pacientes tuvieron varios diagnósticos.

Las principales indicaciones para OC fueron el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) con 4 casos y preeclampsia severa (PES) 4 casos (Cuadro 2).

Entre las indicaciones de HO destacan como causas principales RU con 5 casos, perforación uterina (PU) 5 casos y sepsis 4 casos (Cuadro 3).

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Cuadro 1
Diagnósticos de ingreso

Trabajo de parto	10
Óbito fetal	5
Enfermedad trofoblástica gestacional	3
Hipertensión arterial inducida por el embarazo: Pre-eclampsia severa	3
Desprendimiento prematuro de placenta	2
Eclampsia	2
Rotura prematura de membranas	2
Retención de restos posparto	1
Situación transversa	1
Aborto	1
Placenta previa	1
31	

Cuadro 2
Indicaciones de cesáreas

Pre-eclampsia severa	4
DPP	4
Eclampsia	2
Situación transversa	1
Óbito fetal + CID	1
Sufrimiento fetal agudo	1
Ruptura prematura de membranas	1
Parto obstruido	1
21	

Cuadro 3
Indicaciones de histerectomía

Rotura uterina	5
Perforación uterina	5
Sepsis	4
Hematoma del ligamento ancho	3
Hipotonía o atonía uterina	2
Lesión transoperatoria de arteria uterina	1
Infiltrado uterino	1
21	

DISCUSIÓN

La incidencia de HO en la MACP fue de 1/565,52 cesáreas o 0,565/1 000 cesáreas, semejante a la presentada por Lucenko y col. (12) de 1/534 partos en la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP);

pero elevada si se compara con lo presentado por Obeid (10) de 0,92% en el Instituto de Perinatología de México; Suárez-Ocando (13) 1/3 660 en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire" de Cabimas; Faneite y col. (8) 1/880 en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello; y Stanco y col. (14) 0,087/1 000 en Los Angeles *County-University Medical Center*. Esta semejanza con la MCP y diferencia con los demás centros, se debe a que ambas instituciones son centros de referencia de sus respectivas ciudades y de otros estados vecinos e incluso desde Colombia, en el caso de la MACP lo cual aumenta el número de pacientes atendidos.

El rango de distribución por edad entre 16 y 43 años es bastante amplio y muestra que es una intervención que puede requerirse independientemente de la edad ya que depende de otras condiciones maternas, coincidiendo nuestros resultados con los datos de Aller y col. (7), Cáceres y col. (6), Faneite y col. (8) Obeid (10), Suárez-Ocando (13), Díaz-Bolaños y col. (15).

Los diagnósticos de ingreso TdP y óbito fetal (OF) son semejantes a lo presentado por Obeid (10) y Lucenko y col. (12). Entre las pacientes cuyo ingreso se efectuó por TdP, en 5 casos ocurrió RU en úteros sin cicatrices previas y en pacientes multíparas, lo que hace evidente el diagnóstico durante una OC. En dos casos, la RU fue causada por partos obstruidos, uno por situación transversa (ST) y el otro por una procidencia de miembro superior en presentación cefálica referida de una zona rural con varias horas de evolución. En ambas oportunidades hubo OF y un hematoma del ligamento ancho, con infiltrado uterino, constituyendo esta última causa, la indicación de la CH y no el grado de compromiso del órgano. El infiltrado uterino y el hematoma del ligamento ancho fueron debidos, posiblemente, al tiempo que permaneció el útero en trabajo de parto forzado lo cual produjo edema e infiltrado por sobre distensión en esta zona, y no por la rotura de la arteria uterina o alguna de sus ramas lo cual hubiese desencadenado *shock* y muerte de la paciente. La zona de RU se circunscribió en estos casos a la cara anterior del segmento. En los otros tres casos, la indicación de OC fue la falta de evolución en el TdP, encontrándose el hallazgo de RU espontáneo sin causa aparente, también localizada en cara anterior del segmento, sin justificación de HO. En estos casos, igualmente las lesiones ocurridas en el útero pudieron haberse reparado con una sutura adecuada y una buena hemostasia de los vasos sangrantes y luego recurrir a la esterilización

quirúrgica para evitar un riesgo futuro de RU, por lo cual consideramos no justificada la indicación de CH. Plauché y col. (4), Lucenko y col. (12) y Suárez-Ocando (13) en sus estudios presentan como indicación de emergencia para la CH a la RU dependiendo del grado de compromiso del órgano, mientras que Faneite y col. (8) y Stanco y col. (14) la presentan en su casuística como la 3ª indicación, la principal fue atonía uterina (AU), tomando en cuenta que, en casos de RU y dehiscencia del segmento con cicatrices anteriores la sola reparación del útero es suficiente.

De otros 5 casos que ingresaron en TdP, 2 presentaban PES. En ellos se practicó OC por falta de evolución de TdP, y se encontró la RU como hallazgo transoperatorio. En otras ocasiones, se trató de un caso de AU e infiltrado uterino con hemorragia incoercible, y otro que presentó parto prematuro de 28 semanas de gestación, el cual durante el puerperio inmediato evolucionó a un cuadro de sepsis y coagulación intravascular diseminada (CID).

Entre los cinco casos de OFI dos correspondieron a partos obstruidos; dos a DPP con AU y CID, y el otro a TdP con corioamnionitis OF y RU, en una paciente a la cual se le realizó histerorrafia y esterilización quirúrgica, presentó al 5º día del posoperatorio sepsis de origen uterino. Como puede observarse, dos madres con OF presentaron cuadros de AU, sepsis y CID justificando la HO.

Se presentaron 5 casos de perforación uterina (PU) durante legrados, tres de los cuales se debieron a ETG. En dos de ellos hubo destrucción y necrosis del músculo uterino con hemorragia incoercible, y diagnóstico de coriocarcinoma. El tercer caso de ETG fue una mola hidatiforme con perforación de cara anterior del útero, sin presentar otra complicación. Otra PU instrumental ocurrió en una paciente con un aborto. Llama la atención la resolución de los dos últimos que por tratarse de pacientes multíparas se utilizó la HO como método de esterilización. Ambos se encuentran en el grupo de histerectomías no justificadas, y es sólo la histerorrafia el tratamiento de elección (2,6,8).

El otro caso de PU correspondió a una paciente con retención de restos posparto, ocurrió al realizarse una revisión uterina instrumental.

Se realizó CH en un caso con útero de Couvelaiere sin presencia de hemorragias incontrolables ni AU, y en la que probablemente pudo mantenerse con una conducta expectante. Ese diagnóstico sólo puede

realizarse durante una OC. Estos úteros suelen contraerse bien y en su mayoría no necesitan ser extirpados.

Tras numerosos partos vaginales pueden formarse úteros de Couvelaire que no son diagnosticados, evolucionando satisfactoriamente sin necesidad de HO (2).

Dentro de las complicaciones posoperatorias hubo 2 abscesos de pared, una necrosis del recto anterior del abdomen, una insuficiencia renal aguda, 2 casos de CID y una lesión del uréter. En 2 oportunidades ocurrió la lesión operatoria de la arteria uterina, en uno de los cuales hubo la lesión de un uréter.

Ocurrieron 3 muertes maternas: una por coriocarcinoma avanzado con metástasis pulmonar, otra por sepsis y CID y la tercera por CID.

Bajo condiciones de extrema urgencia la HO es aceptada como un procedimiento heroico pero salvador. Es conocido que en los países anglosajones la extirpación del útero se practica cada vez con mayor frecuencia como método de esterilización basándose en los adelantos de la cirugía, mientras que en nuestro medio, la tendencia es hacer la cirugía conservadora debido al papel que juegan los órganos genitales femeninos en la reproducción y en el equilibrio psico-emocional de la mujer.

El uso de esta técnica quirúrgica debe quedar restringida a situaciones en las que exista una indicación válida para parto abdominal y resección posterior del útero, no se justifica el uso más liberal de la operación, ya que expone a los pacientes a un alto riesgo inaceptable de incrementar y la morbi-mortalidad materna.

Los casos de RU no deben necesariamente concluir en HO a menos que el grado de compromiso del útero sea de tal magnitud que no pueda ser reparado quirúrgicamente y se extirpe para preservar la vida de la paciente. No debe prevalecer el hecho de la multiparidad para realizar la HO (16,17).

Ante la presencia de cicatrices defectuosas, la realización de una sutura adecuada del segmento uterino y en casos que se considere insatisfactoria la sutura del mismo, la esterilización quirúrgica a través de la salpingectomía para evitar futuros embarazos es lo ideal. Esto se aplica a los casos de RU a nivel del segmento uterino siempre y cuando no sea consecuencia de una placenta ácreta. La multiparidad no está considerada como causa absoluta de HO, sino como causa relativa.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

REFERENCIAS

1. Park RC, Duff WP. Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna. *Clín Obstet Ginecol Norteamérica* 1980;2:611-631.
2. Burchell RC. Operación cesárea En: Iffy L, Kaminetzky HA, editores. *Obstetricia y Perinatología*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1985.p.1531-1560.
3. Gambone JC, Lench JB, Slesinski MJ, Reiter RC, Moore JG. Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process. *Obstet Gynecol* 1989; 73(6):1045-1049.
4. Plauché WC, Gruuich FG, Bourgeois MO. Hysterectomy at the time of cesarean section: Analysis of 108 cases. *Obstet Gynecol* 1981;58(4):459-464.
5. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994;83(4):549-555.
6. Cáceres Espinoza JJ, Díaz Bolaños J, Lucenko L, Torres P, Abbruzzese C, Vallenilla E. Histerectomías por aborto séptico en el Servicio de Cirugía de la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44(2):140-143.
7. Aller J, Piñango V, Agüero O. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35(3):297-303.
8. Fainete P, Leonardi L, Alvarez N, Repilloza M. Histerectomía obstétrica (1984-1995). *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56(3):129-133.
9. Monroy T, Afonso C, Hernández M. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40(4):177-181.
10. Obeid Layon J. Histerectomía Obstétrica. Revisión de 675 casos en el Instituto Nacional de Perinatología. En: *Internet Net Images México*. 1996. E-Mail: jobeid@netimagemx.com.
11. Ruiz Velasco V, Díaz Puga, Colmenares F. Cesárea histerectomía. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979; 39(2):65-69.
12. Lucenko L, Cáceres Espinoza J, Díaz Bolaños J, Abbruzzese C, Vallenilla E, Torres P. Histerectomías por complicaciones del parto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44(4):265-270.
13. Suárez Ocando D. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48:104-107.
14. Stanco LM, Schrimmer DB, Paul RH, Mishell DR. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1994;168(3):Part 1:879-883.
15. Díaz Bolaños J, Lucenko L, Cáceres J, Vallenilla E, Abbruzzese C, Torres P. Histerectomía por complicación de la cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44(2):134-139.
16. Villagra DR. Cesárea Histerectomía. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979;39(4):209-212.
17. Bernstein SJ, McGlynn EA, Siu AL, Roth CP, Sherwood MJ, Keesey JW, et al. The appropriateness of hysterectomy. A comparison of care in seven health plans. *JAMA* 1993;269(18):2398-2402.