

Histerectomías obstétricas en hospital privado

Dr. Oscar Agüero

Hospital Privado Centro Médico de Caracas

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia, indicaciones y resultados materno-perinatales de las histerectomías en el estado grávido-puerperal en un hospital privado.

Método: Estudio retrospectivo de 33 de tales histerectomías hechas de 1965 a 1999 en 34 342 embarazos.

Ambiente: Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Resultados: La frecuencia global de dicha intervención fue de 1 x 1 040: una cada 381 cesáreas, cada 477 abortos y cada 2 177 partos vaginales. El número de las gestaciones se distribuyó entre una y ocho, aun cuando la mayoría (26 casos) se concentró entre dos y cuatro. Hubo antecedente de una o más cesáreas en 10 casos. La hemorragia y la rotura uterina explicaron el 93,93% (31 casos) de las indicaciones; la sepsis fue el motivo en los restantes dos casos. Las inserciones anormales de la placenta (previa o accreta) estuvieron presentes en 11 casos y la atonía uterina en 9. Hubo dos muertes maternas (6%) que ocurrieron en las operaciones realizadas por sepsis. Las tres muertes perinatales no estuvieron relacionadas con las indicaciones de la histerectomía.

Conclusión: La histerectomía ejecutada dentro de las indicaciones consideradas clásicas puede tener una muy baja o ausente mortalidad. En las sepsis deben utilizarse procedimientos más conservadores.

Palabras clave: Histerectomía.

SUMMARY

Objective: To determine frequency, indications and maternal-perinatal outcomes of hysterectomies during pregnancy and puerperium in a private hospital.

Methods: Retrospective study of 33 hysterectomies made from 1965 to 1999 among 33 342 pregnancies.

Setting: Private Hospital Medical Center of Caracas.

Results: Global frequency of hysterectomies was 1 x 1 040: one in every 381 cesarean sections, 477 abortions and 2 177 vaginal births. Gestation number was between one and eight, but 26 cases were from two to four. One or more previous cesarean sections existed in 10 cases. Hemorrhage and uterine rupture explained 93.93% (31 cases) of the indications; sepsis, the remained two cases. There were abnormal placental implantation (previa or accreta) in 11 occasions, and uterine atony in 9. Two maternal deaths occurred when sepsis was the indication. Perinatal deaths were not correlated with the reasons for the hysterectomies.

Conclusion: Obstetric hysterectomy done within the so-called classical indications can have a very low or absent mortality. In sepsis, more conservative procedures should be utilized.

Key words: Hysterectomy.

En Venezuela, la primera histerectomía por afección ginecológica fue hecha por Ponte (1) en 1880 y la primera cesárea-histerectomía, según Razetti (2) por Ruiz en 1907 en el Hospital Vargas de Caracas: se trataba de una segunda gesta con antecedente de fórceps difícil y destrozo genital. En 1908, Lobo (3) publica un caso de histerectomía por infección puerperal, a los 7 días del parto, realizada

el 14 de octubre de 1906 en el citado Hospital Vargas; la enferma sobrevivió. En 1912, Lobo (4) escribió: "La histerectomía total, en efecto, constituye la única garantía de salud para el organismo, cuando el agente patógeno ha salvado la barrera mucosa y penetrado profundamente en el tejido intersticial del útero, en los anexos y en la zona conectiva ambiente...".

Recibido: 18-06-00

Aceptado para publicación: 06-07-00

Después de estas comunicaciones pioneras aparecen datos sobre cesáreas tipo Porro hechas en 1913 por Herrera (citado por Beaujon (5) y Vargas Arena (6), en 1914 por Ruiz (citado por Razetti) (2) indicada por carcinoma del cuello uterino; hay otras indicaciones por elefantiasis de la vulva (7), presentación de cara (8), presentación de hombro más sepsis (9).

En una publicación sobre cesárea se mencionan ocho Porros realizados por tumor previo, presentación de cara, estenosis y rigidez de cuello uterino, eclampsia, cifosis, atresia vaginal por cicatriz, cirugía genital previa, con seis muertes maternas (10); y en otra (11) se citan dieciseis Porros.

Después de la histerectomía por infección puerperal de Lobo (3) hay un reporte de caso similar (12), una cesárea histerectomía por fibroma uterino (13) y dos histerectomías por desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (14).

En 1952 aparece la primera serie grande —57 casos— de histerectomías obstétricas (15) que incluyó, tanto las cesáreas-histerectomías como las histerectomías posteriores a aborto, parto o cesárea. Este tipo de enfoque global fue adoptado en otras series de diversos hospitales del país.

En otras cuatro publicaciones (16-19) se analizan aspectos parciales, como las histerectomías hechas por complicaciones de la cesárea (16), del aborto séptico (17), del parto vaginal (18) y, en la cuarta se estudian sólo las cesáreas-histerectomías (19).

Para esta presentación utilizaremos únicamente las series de histerectomías obstétricas globales; excluirémos las revisiones que mezclan las histerectomías ginecológicas y obstétricas y la citada serie de cesárea-histerectomía. Nos alentó a hacer este análisis el hecho de que todas las contribuciones venezolanas provienen de hospitales públicos, con sus conocidas características.

MATERIAL

De manera retrospectiva revisamos las historias de las histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas entre 1965 y 1999. Sobre un total de 34 342 embarazos, encontramos 33 intervenciones, lo cual da una frecuencia de 1 x 1 040. En total hubo: 26 131 partos vaginales, 7 256 cesáreas y 955 abortos. Según el desenlace del embarazo, las frecuencias serían:

Una histerectomía cada	2 177	partos vaginales
"	"	" 318 cesáreas
"	"	" 477 abortos

Características del grupo de 33 histerectomías

Edad. El promedio fue de 34 años, con extremos entre 24 y 47; veintiseis tenían 30 o más años.

Gestaciones:	Primigestas	3
	Secundigestas	9
	Tercigestas	7
	Cuartigestas	6
	Quintigestas	4
	Sexti a octigestas	4

Semanas de gestación:	8 a 11	-	2
	27 "	33	- 2
	≥ 37	-	21
	No precisada	-	8

Empleo de ocitócicos. En 18 historias (54,54%) hay constancia del uso de la ocitocina, en concentraciones de 2,5 unidades por 500 (111 casos), 5 por 500 (2 casos), 10 por 500 (1 caso) y 40 por 500 (1 caso). En 15 se utilizó como estimulación de la contracción uterina y en 3 para inducir el trabajo de parto.

Parto. El fin del embarazo había sido por:

cesárea	19
fórceps	11
extracción podálica + Kristeller	1
aspiración uterina	1
curetaje uterino	1

Diez de las cesáreas habían sido iteradas:

6	después de una cesárea anterior
3	" " dos cesáreas anteriores
1	" " tres cesáreas anteriores

En este grupo de cesáreas anteriores se apreció: adherencia anormal de la placenta en cuatro, una placenta previa centro oclusiva y una desunión de la cicatriz uterina con desgarro de vejiga.

De las once aplicaciones de fórceps, diez fueron hechas entre III y IV planos de Hodge, entre los cuales hubo dos roturas y una dehiscencia de cicatriz uterina; la restante debió haber sido una aplicación más alta porque se produjo desgarro de cuello prolongado hacia segmento uterino.

En el parto en podálica se trataba de un feto de 4 000 gramos, en una segundípara, en el que, aparentemente, se hicieron fuertes presiones sobre el fondo uterino con rotura del órgano.

De las dos gestaciones del tercer trimestre, en una hubo perforación uterina durante aspiración y,

HISTERECTOMÍAS

en la otra, se practicó curetaje en aborto séptico, con presencia de Clostridium.

Indicaciones. Las circunstancias clínicas que indicaron la histerectomía fueron:

hemorragia	25
rotura uterina	5
sepsis	2
perforación uterina	1

Causas más comunes de las hemorragias:

atonía uterina posparto o cesárea	9
placenta previa	5
placenta accreta	3
placenta previa + accreta	3
hematoma disecante poscesárea	2

Las dos histerectomías por sepsis se indicaron: una, ya mencionada por perforación uterina; otra, en endometriitis y peritonitis poscesárea.

Momento de la intervención. Catorce fueron cesáreas-histerectomías y diecinueve se ejecutaron posaborto, parto o cesárea en lapsos cercanos a los mismos o de cuatro a ocho días después.

Tipo de histerectomía. Está especificado sólo en 21 historias: 14 totales, 7 subtotaes.

En dos pacientes con dos y tres cesáreas anteriores, respectivamente, se hizo cistorrafia por rotura de vejiga.

Datos de los recién nacidos. Nacieron 33 niños (hubo un embarazo triple), con un peso promedio de 3 486 gramos y extremos entre 1 300 y 5 500. Veintiuna hembras y doce varones.

Mortalidad materno-perinatal. Dos muertes maternas (6%) por sepsis: una, dos días después de curetaje por aborto séptico; otra, el séptimo día de cesárea iterada electiva.

Tres muertes perinatales (9%): un natimuerto de 5 500 gramos en inducción más cesárea; dos muertes neonatales, una niña de 3 130 gramos obtenida por cesárea por hipertensión arterial materna y sufrimiento fetal, nació con Apgar 3 y murió a las 48 horas; otra, varón de 4 000 gramos, extraído por fórceps, Apgar 0 al minuto, 4 a 5 minutos, murió el día 17.

DISCUSIÓN

La histerectomía en el estado grávido-puerperal implica una decisión rápida, angustiosa y difícil porque, muchas veces, se trata de mujeres jóvenes con órganos genitales sanos y, por otra parte, en ocasiones, es la única alternativa actual para evitar la muerte de la paciente. Por ello es conveniente y necesario revisar periódicamente aspectos relativos a esta operación, especialmente en lo que se refiere a indicaciones y mortalidad.

En Venezuela, el tema ha sido abordado en varias oportunidades que hemos reunido en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Autor	Hospital	Años	Casos obstétricos	Histerectomías	Frecuencia	Muertes	%
Fernández (15)	MCP	1939-51	103 981	57	1x1 824	13	22,80
Arcay (20)	CV	1949-57	26 326	35	1x752	4	11,42
Fernández (21)	MCP	1952-60	242 907	74	1x3 741	8	10,8
Aller y col. (22)	MCP	1961-68	183 408	209	1x1 807	12	5,74
Monroy y col. (23)	PC	1972-79	25 564	22	1x2 113	2	9,1
Agüero y col.(24)	MCP	1969-78	479 224	661	1x724	134	20,2
López y col. (25)	APL	1973-82	38 645	18	1x2 146	5	27,7
Suárez (26)	AD	1968-86	117 136	32	1x3 660	-	9,37
Galíndez y col. (27)	MSA	1983-87	68 824	40	1x1 720	2	5,0
Faneite y col. (28)	APL	1984-95	52 817	60	1x880	6	10,0
			1 308 907	1 208	1x1 083	186	15,8

MCP - Maternidad "Concepción Palacios"
CV- Central de Valencia
PC - Pérez Carreño

APL - Adolfo Prince Lara
AD - Adolfo D'Empaire
MSA - Maternidad Santa Ana

Puede apreciarse en el Cuadro 1 que la frecuencia varía entre 1 por 724 a 1 por 3 741, con un promedio de 1 por 1 083 y una media de 1 x 1 807. Nuestra cifra de 1 x 1 040 se coloca por encima de ambos valores. Igualmente puede verse que la mortalidad materna osciló entre 5% y 27,7%. Para el cálculo de la mortalidad global de todas las series fue necesario excluir una (26) porque cita un 9,37%, pero no menciona el número absoluto de muertes: así quedan 186 muertes en 1 176 histerectomías, 15,8%.

Las operaciones indicadas por sepsis en las series venezolanas requieren un comentario especial. De las 1 208 histerectomías que figuran en el cuadro, 335 (27,73%) fueron realizadas por sepsis y en ellas hubo 117 muertes que, calculadas sobre 329 (excluidos los casos de Suárez (26) dan una tasa de mortalidad de 35,56%, mientras que en las 847 indicadas por otras razones hubo 69 muertes, 8,14%, esto es, que en las operaciones por sepsis la mortalidad se multiplica por cuatro.

En la serie del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, las dos muertes ocurrieron en histerectomías indicadas por sepsis. No hubo decesos en las 31 restantes realizadas dentro de las indicaciones clásicas.

No intentaremos una revisión extensa de la literatura extranjera, sólo comentaremos tres publicaciones norteamericanas: dos de EE.UU. y una de México, (algunos de cuyos datos resumiremos en el Cuadro 2).

Una excelente revisión de Plauche (32) y la opinión del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (33).

En las tres series que se muestran en el Cuadro 2 con un total de 276 casos, se observa una frecuencia alta de histerectomías de emergencia, cuyas principales indicaciones fueron: la inserción anormal de la placenta (135, 23,91%) y la atonía uterina (66, 23,91%), para un total de 201, 72,87%. La sepsis

fue indicación en 7, 2,53%. La mortalidad materna (2/276) fue de 0,72%.

En estas publicaciones se resalta el papel de la cicatriz uterina de cesárea en el aumento del riesgo de conducir a histerectomía, por implantación profunda de la placenta, rotura uterina o placenta previa, por lo cual señalan que, dado el aumento de la cesárea, se observará una mayor frecuencia de histerectomías.

De la revisión de Plauche (32) solamente destacaremos dos datos: uno, su opinión relativa a la indicación por sepsis, "La infección uterina severa que anteriormente requería cesárea-histerectomía, generalmente responde a la moderna terapia antimicrobiana"; otro, las cifras de mortalidad deducidas de la suma de varias publicaciones y de la Universidad del Estado de Louisiana: ocho muertes en 1960 histerectomías, 0,40%.

En la actualización 1994 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (33) se lee: "El aumento de la tasa de cesáreas en las últimas dos décadas ha contribuido a un aumento en la incidencia de placenta accreta. Por tanto, la más común y contemporánea indicación para la extirpación del útero durante la cesárea es la placenta anormalmente adherida... Otras razones para la histerectomía obstétrica incluyen la atonía uterina que no responde al tratamiento médico, la rotura uterina y los desgarros de grandes vasos uterinos que no son controlados por ligaduras y suturas". No se menciona a la sepsis como indicación.

En una publicación nuestra (24), alarmados por la elevada mortalidad de las histerectomías realizadas por sepsis, concluimos: "...aparentemente la histerectomía no es la solución del problema de las sepsis de la Maternidad "Concepción Palacios" y que debieran ensayarse otros procedimientos más conservadores". Un tratamiento conservador fue utilizado en el mismo hospital en 1996-97, en 26 dehiscencias sépticas de la cicatriz uterina de

Cuadro 2

Autor	Región	Años	Casos obstétricos	Histerectomías	Frecuencia	Muertes	%
Stanco y col. (29)	California	1985-90	94 689	123	1x 769	0	
Zelop y col. (30)	Boston	1983-91	75 647	117	1x 646	0	
Juárez y col. (31)	México	1992-94	25 636	36	1x 695	2(*)	5,5

(*) Por *shock* hipovolémico.

cesáreas, con resección y resutura de la herida, drenaje y antibióticoterapia, sin muertes y necesidad de una histerectomía ulterior solamente en un caso (34).

Las dos muertes de la presente serie parecen ratificar nuestra impresión de que la histerectomía por sepsis no es un camino adecuado.

REFERENCIAS

- 1 Ponte MM. Tumor fibroso del útero. Histerotomía. (Primera operación de esta especie en Venezuela). *Gac Cient Venez* 1881;4:20-24.
- 2 Razzeti L. Indicaciones de la operación cesárea. Caracas: Tipografía Americana; 1927.
- 3 Lobo D. Histerectomía abdominal total por infección puerperal. *Gac Méd Caracas* 1908;15:49-52.
- 4 Lobo D. Profilaxis y tratamiento de las infecciones puerperales. Extirpación útero-ovárica en el tratamiento de la grande infección. *Gac Méd Caracas* 1912;19:69-72.
- 5 Beaujon Graterol O. Biografía del Hospital Vargas. Tomo II. Caracas: Artegrafía; 1961.
- 6 Vargas Arena R. Hospital Vargas 1891-1991. Influencia en la medicina nacional. Caracas: Editorial Sucre; 1991.
- 7 Gutiérrez Alfaro P. Cesárea de Porro por elefantiasis vulvar. *Rev Med Cir* 1925;8:208-212.
- 8 D'Empaire A. Presentación de cara. Operación de Porro. Tétanos uterino. Curación. *Rev Soc Méd Quir Zulia* 1929;3:12-13.
- 9 Noriega Trigo M. Labores gineco-obstétricas en la "Casa de Beneficencia" entre 1896 y 1916. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1957;17:559-576.
- 10 Hernández D'Empaire J. Algunas consideraciones sobre cesárea suprasinfisaria. *Rev Soc Méd Quir Zulia* 1933;7:269-275.
- 11 Cordido R. Cesárea en Venezuela. Caracas: Cooperativa de Artes Gráficas; 1934.
- 12 Yánez A. Histerectomía abdominal por infección puerperal. *Gac Méd Caracas* 1922;29:129-133.
- 13 León Ponte O, Domínguez Sisco R, Rivero A. Cesárea e histerectomía en el séptimo mes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943; 3:94-101.
- 14 González F, Viso Pittaluga R. Histerectomías en apoplexias útero placentarias. *Bol Mat Concepción Palacios* 1951;2:83-87.
- 15 Fernández E. Histerectomía en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:297-306.
- 16 Díaz Bolaños J, Lucenko L, Cáceres J, Vallenilla E, Abbruzzese C, Torres P. Histerectomía por complicación de la cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:134-139.
- 17 Cáceres J, 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;44:140-143.
- 18 Lucenko L, Cáceres J, Díaz Bolaños J, Abbruzzese C, Vallenilla E, Torres P. Histerectomías por complicaciones del parto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:265-270.
- 19 Villalobos N, López Fuenmayor C. Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:7-11.
- 20 Arcay Solá A. Histerectomía en el estado grávido puerperal. *An Col Méd Carabobo* 1958;2(9):7-11.
- 21 Fernández E. Histerectomías en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1962;22:427-441.
- 22 Aller J, Piñango V, Agüero O. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35:297-303.
- 23 Monroy T, Afonso C, Hernández M de. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40:177-181.
- 24 Agüero O, Saulny de Jorges J, Kízer S, Jiménez Villegas E. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983; 43:17-22.
- 25 López Gómez JR, Salazar de Dugarte G, Bracho de López G. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984; 44:277-282.
- 26 Suárez Ocando D. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48:104-108.
- 27 Galíndez J, Webster M, Acosta E, Blanco Souchón P, Morón M, Pinto J. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:28-30.
- 28 Faneite P, Leonardi L, Alvarez N, Repilloza M. Histerectomía obstétrica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56:129-133.
- 29 Stanco LM, Schrimmer DB, Paul R, Mishell Dr. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:879-883.
- 30 Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1443-1448.
- 31 Juárez Azpilcueta A, Motta Martínez E, Villarreal Peral C, Wong Chen FJ, Valle Gay A. Histerectomía obstétrica. Estudio retrospectivo en los últimos tres años. Hospital General de México. *Ginecol Obstet Méx* 1996;64:6-9.
- 32 Plauche WC. Obstetric hysterectomy. En: Hankins GDV, Clarck SL, Cunningham FG, Gilstrap LC, editores. *Operative obstetric*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1995.p.333-357.
- 33 Visscher HC, Precis V. An update in obstetrics and gynecology. Washington, DC: Am Coll Obstet Gynecol 1994.p.193.