

CESAREA - HISTERECTOMIA

Dr. René Alcántara Ascon*

RESUMEN

Este estudio expresa la experiencia del Hospital Belén de Trujillo con la cesárea-histerectomía (C-H) desde Enero de 1970 hasta Junio de 1991. Todos los 63 casos fueron de urgencia, y correspondieron al 0.09% del total de partos.

Hubo un predominio de pacientes mayores de 30 años, multíparas, y con gestación a término.

Las indicaciones para la operación fueron rotura uterina (41.2%), placenta ácreta (19%), atonía uterina (14.3%), septicemia (12.7%), hematoma del ligamento ancho (4.8%), miomatosis uterina (4.8%), y corioamnionitis severa (3.2%).

Se discute el tipo de histerectomía, tipo de anestesia, tiempo operatorio, y estancia hospitalaria.

Las complicaciones que se presentaron fueron múltiples, siendo las más frecuentes el shock hipovolémico, la anemia severa, y la infección de la herida operatoria.

Fallecieron 3 pacientes por shock hipovolémico y 2 por shock séptico.

SUMMARY

This study report the experience of Belen Hospital of Trujillo with cesarean-hysterectomy since January 1970 until June 1991. All the 63 cases were emergency, and represented the 0.09% of all deliveries.

There was been more frequency in patients with more than 30 years old, multiparous, and term pregnancies.

Indications for the operation were uterine rupture (41.2%), placenta accreta (19%), uterine atony (14.3%), septicemia (12.7%), broad ligament hematoma (4.8%), uterine fibroids (4.8%), and severe chorioamnionitis (3.2%).

The techniques of hysterectomy, anesthesia, operatory time, and hospitalary time are discussed.

A great number of complicatis were refered, but the more frequently were the hypovolemic shock, severe anemia, and the operatory skin infection.

three patients died because of hypovolmic shock and 2 because of septic shock.

INTRODUCCION

La cesárea-histerectomía (C-H) es uno de los acontecimientos obstétricos que repercute enormemente en el porvenir de las mujeres. Su origen se remonta al año de 1869 en que fué publicada por primera vez (1), siendo

popularizada en 1876 por Eduardo Porro. La historia y evolución de ésta operación ha sido tratada por Durfee (2) y posteriormente por Arana (3) en 1976.

Este procedimiento quirúrgico se efectúa generalmente para preservar la vida de las pacientes, aunque McNulty (1), Haynes (4) y Britton (5) la utilizan como un método electivo de esterilización; es así entonces que las controversias para su aplicación persisten hasta la actualidad.

Se realiza éste trabajo con la finalidad de documentar la experiencia del Hospital Belén de Trujillo en cuanto al tema, en los últimos 22 años.

* Médico Gineco-Obstetra
Médico Asistente del Dpt. Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo
Belen de Trujillo.

MATERIAL Y METODOS

El estudio retrospectivo se llevó a cabo en el Hospital Belén de Trujillo desde Enero de 1970 hasta Junio de 1991, registrándose hasta entonces 63 cesáreas-histerectomías. Todas se realizaron de emergencia. Se incluyen 9 casos cuyas histerectomías se hicieron entre las 2 horas y 16 días después de la cesárea, 2 de las cuales fueron efectuadas en otros hospitales de la Sierra Peruana. Las operaciones se realizaron por diferentes Cirujanos en el momento que se presentaba la emergencia. Todas las piezas quirúrgicas tuvieron informe anatómo-patológico.

Se evalúan principalmente la incidencia, indicaciones y complicaciones de ésta entidad; así como algunos aspectos epidemiológicos, paridad, edad gestacional, control pre-natal, antecedentes de cirugía previa, tipo de anestesia, tipo de histerectomía, transfusiones sanguíneas, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, y mortalidad materna y fetal.

Se consideró anemia severa cuando la hemoglobina fué menor de 7 gr%, y moderada cuando estaba entre 7 y 10 gr%.

Los resultados se expresan en cifras y en tablas.

RESULTADOS

En ese lapso (1970-1991)hubieron 71,066 partos, habiéndose efectuado 63 C-H, lo que representa el 0.09%.

La edad materna osciló entre los 15 y 48 años, con un predominio de las gestantes añosas (27 casos). Tabla 1.

TABLA N° 1

EDAD MATERNA

Edad (años)	Nº casos
15 - 19	4
20 - 24	7
25 - 29	10
30 - 34	15
35 - 48	27
	63

Menor edad : 15 a.
Mayor edad : 48 a.

Según la paridad se distribuyeron: 6 Nulíparas, 34 multí (de 1 a 4 partos), y 23 grandes multíparas. La mayor paridad fué de 12 hijos.

Cuando se efectuó la C-H 13 gestantes tuvieron menos de 37 semanas, 48 estaban entre los 37 y 42 semanas, y tan solo 2 tenían más de 42 semanas. La de menor edad gestacional fué de 23 semanas y correspondió a un caso con atonía uterina por desprendimiento prematuro de placenta, mientras que la mayor fué de 45 semanas en una mujer con acretismo placentario.

Ninguna de las pacientes tuvo control prenatal.

Las indicaciones para la C-H se resumen en la Tabla 2.

TABLA N° 2

INDICACIONES

Edad (años)	Nº casos	&
+ Rotura Uterina	26	41.2
Placenta ácreta	12	19.0
Atonía Uterina	9	14.3
++ Septicemia	8	12.7
Hematoma del ligamento ancho	3	4.8
Mioma Uterino	3	4.8
Corioamnionitis severa	2	3.2

+ Oclo eran cesareadas anteriores, 3 tenían antecedente de manipulación empírica previa, a 2 se les hizo versión interna y gran extracción podálica en 1970 y 1971, y las demás llegaron de otros hospitales con período expulsivo prolongado (6 casos), situación transversa (5 casos) y retención de cabeza última (2 casos).

++ En 6 casos la histerectomía se realizó entre 5 y 16 días post-cesárea, por abscesos intrabdominales.

Hubieron 8 casos con cirugía uterina previa, y tenían entre 1 y 3 cesáreas.

La histerectomía total se efectuó en 49 mujeres (77.7%) y la subtotal en 14 (22.3%).

La anestesia más utilizada fué la raquídea + general (39 casos); La general se usó en 19 casos y la raquídea en 4. En el año 1970 se administró anestesia local seguida de general a una paciente que llegó con rotura uterina y shock hipovolémico, la misma que se recuperó y recibió su alta a los 6 días.

Excepto 2 pacientes, las demás recibieron entre 1 y 7 U. de sangre, habiéndose apreciado 30 casos que necesitaron de 1 a 2 U. sanguíneas.

Nueve mujeres recibieron su alta antes de los 7 días, 26 entre los 7 y 10 días, 13 entre los 11 y 14 días, y 15 después del 14° día post-operatorio.

Excepto tres casos reoperados que estuvieron entre 47 y 56 días hospitalizados, el tiempo hospitalario promedio fué de 9.7 días. El mayor tiempo de hospitalización (56 días) lo tuvo una paciente con evisceración quien recibió su alta satisfactoriamente.

Las complicaciones que se presentaron se expresan en la Tabla 3.

TABLA N° 3
COMPLICACIONES EN LA CESAREA
HISTERECTOMIA

*COMPLICACIONES	N° casos
NINGUNA	14
Anemia severa	20
Anemias moderada	4
Shock hipovolémico	16
Infección herida operatoria	10
Shock séptico	5
Infección urinaria	3
Hematoma subaponeurótico	2
Laceración vesical	2
Sección ureteral	1
Absceso subaponeurótico	1
Absceso cúpula vaginal	1
Suboclusión intestinal	1
Dehiscencia herida operatoria	1
peritonitis + evisceración	1

* Existieron casos con más de una complicación.

Fallecieron 5 pacientes: 3 por shock hipovolémico debido a roturas uterinas (2 casos) y acretismo placentario (1 caso) y 2 por shock séptico (uno de ellos con CID); Asimismo se registraron 38 óbitos fetales, debidos a roturas uterinas (24 fetos), desprendimiento prematuro de placenta (6 casos), situación transversa durante el trabajo de parto (5 casos), y a sepsis (3 casos).

DISCUSION

La frecuencia de la C-H (0.09%) fué superior a los hallazgos de Chang (6) en Lima-Perú 0.08%, é inferior a los de Bergman (7) 0.3%, pero éste último autor incluye procedimientos electivos en su artículo.

El haber encontrado 42 pacientes mayores de 30 años concuerda con Arana (3), para quien la mayoría tenía más de 31 años de edad. La edad promedio fué de 32.1 años; para Britton (5) fué de 30 años, mientras que para Mc Nulty (1) de 35.5 años.

Este reporte incluye 4 mujeres jóvenes menores de 20 años, y 6 casos de nulíparas; sin embargo es necesario aclarar que existen circunstancias que obligan al médico a ejecutar dicho procedimiento con la finalidad de preservar la vida de las pacientes; Britton (5) y Chang (6) también hallan nulíparas en sus series.

La mayoría de las gestantes (48 casos) estuvieron a término, y si hubieran tenido un control pre-natal adecuado, muchas de ellas no habrían visto amenazada su vida por las complicaciones de la gestación y que motivaron la operación de urgencia.

Las indicaciones más frecuentes para la C-H obedieron a roturas uterinas (41.2%), placenta ácreta (19%), y atonía uterina (14.3%), similar a lo reportado por Arana (3); sin embargo para Bergman (7) hubo un predominio de atonías uterinas (38%), mientras que para Zelop (8) fué el acretismo placentario (63.7%). Cabe mencionar aquí que la rotura del útero gestante es estimada como la más grande complicación obstétrica ya que se acompaña de una alta mortalidad materna y fetal; asimismo, su extensión, cuadro hemorrágico, estado de la paciente, y su porvenir obstétrico, son factores en los que el obstetra deberá decidir entre la histerorrafia ó la histerectomía.

Es preocupante el hecho de que 21 pacientes (33%) estuvieran en shock antes de llevarlas a sala de operaciones, 16 de las cuales fueron por hipovolemia y 5 por sepsis.

El tipo de cesárea previa así como el número de incisiones en el segmento uterino, son factores de riesgo para que se produzca una rotura uterina; sin embargo la manipulación empírica previa, la versión interna y gran extracción podálica, el período expulsivo prolongado, y la retención de cabeza última en los casos de presentación podálica, pueden condicionar la rotura del útero gestante tal, como ocurrió en ésta serie. Morton (9) encuentra que 23 de sus 45 casos de roturas uterinas tenían el antecedente de cesáreas anteriores.

El 77.7% de las C-H fueron totales, superior a los hallazgos de Rodríguez (10) 60.1%, é inferior a los de Mc Nulty (1) 97.5%, quien incluye procedimientos

electivos. En lo posible deben efectuarse C-H totales para así prevenir la irritación crónica del cervix y la posibilidad de neoplasia en el futuro; las histerectomías subtotales se realizaron por la gravedad de las pacientes, en quienes fué necesario terminar la operación lo más pronto y con el mínimo de riesgo posible, aún así 2 de ellas fallecieron por shock hipovolémico en sala de operaciones. Arana (3), Haynes (4), y Morton (9) también son partidarios de la histerectomía total y afirman que existen casos en que el Cirujano puede optar por la subtotal en pacientes de gravedad, en hemorragias severas, ó cuando la vejiga se halle firmemente adherida al útero debido a múltiples adherencias por cesáreas previas.

La anestesia raquídea seguida de la general se utilizó mayormente (39 casos) con el objeto de reducir al mínimo la depresión fetal, que en algunos casos ya estaba bastante comprometida. Arana (3) comparte esta opinión, Haynes (4) opta mayormente por la general, y Barclay (11) ha utilizado la local en el 2% de su casuística. Lo cierto es que se debe disponer de un anestesista experimentado, que individualice las modalidades de anestesia según la situación clínica de cada paciente.

La necesidad de transfundir sangre en éstas emergencias ha sido extensamente tratado (1) (3) (5) (9) (11), habiendo existido casos que han recibido hasta 21 U. de sangre como el reportado por Haynes.

La mayoría de las operaciones (43 casos) duraron más de 2 horas, hecho bastante comprensible por los hallazgos intraoperatorios; es innegable que cada caso hay que evaluarlo individualmente; Arana (3) y Haynes (4) por ejemplo, lo realizan en menos de una hora, pero en pacientes seleccionados, en procedimientos electivos, con un mismo equipo de médicos, y con histerectomías muchas veces subtotales; por otro lado Morton (9) y el

mismo Haynes (4) han tenido complicaciones que los han obligado a efectuar el acto operatorio incluso en más de 6 horas.

El promedio de estancia hospitalaria (9.7 días) es algo superior a los reportes de Arana (3), Britton (5), y Mc Nulty (1) para quienes sus valores oscilan entre 5 y 8 días. Los resultados son favorables comparados con los autores mencionados.

En la Tabla 3 se aprecia que las complicaciones ocurridas fueron múltiples, siendo las más frecuentes las pérdidas sanguíneas agudas ocurrida en 40 pacientes, de las cuales 16 llegaron en estado de shock. Muchos autores también publican cuadros de anemia aguda (9), hemorragia post-operatoria (12), septicemia (9) (13), infección de herida operatoria (9) (11), peritonitis y obstrucción intestinal (9) (11) (13), eviseración (4), y de injurias urológicas intraoperatoriamente (1) (3) (4) (5) (11) (13). Zelop (8) también halla una alta morbilidad en su serie de 96 casos, 93 de los cuales fueron de emergencias.

El shock hipovolémico y el shock séptico llevaron a la muerte a 5 mujeres, decesos que también mencionan Morton (9), Arana (13), é Scheneider (12). Bergman (7) en su estudio de 10 años no encontró aumento de la morbilidad ó mortalidad en la C-H de urgencia cuando las comparó con las electivas (pero su casuística sólo incluía 34 casos, cifra mucho menor a éste informe). Por su parte Mc Nulty (1) y Britton (5) no hallan ninguna muerte materna en sus series.

Es comprensible el haber encontrado 38 óbitos fetales, ya que la anemia aguda, el shock hipovolémico, y la asfixia severa, progresivamente van a privar de oxígeno al feto y en poco tiempo lo llevan a la muerte. Para Mc Nulty (1) no hubo ningún deceso fetal, pero ya sabemos que todas sus pacientes fueron programadas electivamente.

REFERENCIAS

1. McNulty, J.: Elective Cesarean Hysterectomy Revisited. *Am. J. Obstet. Gynec.* 149:29, 1984.
2. Durfee, R.: Evolution of cesarean hysterectomy. *Clin. Obstet. Gynecol.* 3:575, 1969.
3. Arana, J.: La cesárea-histerectomía total. Ts. Dr. en Med. Univ. Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 1972.
4. Haynes, D., and Martin, B.: Cesarean Hysterectomy: A twenty-five year review. *Am. J. Obstet. Gynec.* 134:393, 1979.
5. Britton, J.: Sterilization by cesarean hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 137:887, 1980.
6. Chang, D.: Histerectomías en Obstetricia. Ts. Chller., Univ. Nac. Mayor de San Marcos, Lima-Perú, 1964.
7. Bergman, C., and col.: Ten years experience with cesarean hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 164(1):107, 1991.
8. Zelop, C., Harlow, B., and Saltzman, D.: Emergen peripartum hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 164(1):325, 1991.
9. Morton, J.: Cesarean hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 83:1422, 1962.
10. Rodríguez, B., León, C., y Mendoza, A.: Cesáreas histerectomías en el Hospital Cayetano Heredia de Piura (1975-1984). Abstractos. VIII Congr. Peruano Obstet. Ginéc., Arequipa-Perú, pp. 176, 1985.
11. Barclay, D., and col.: Elective cesarean hysterectomy: a 5 year comparison with cesarean section. *AM. J. Obstet. Gynec.* 124: 900, 1976.