



Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones

Juan A Reveles Vázquez,* Geannyne Villegas Rivera,* Salvador Hernández Higareda,* Fernando Grover Páez,* Carmen C Hernández Vega,* Agustín Patiño Segura*

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: la histerectomía obstétrica está indicada cuando la vida de la paciente se encuentra en riesgo, y es un procedimiento que requiere la intervención de personal médico altamente experimentado que pueda resolver cualquier complicación que ocurra.

Objetivo: identificar la incidencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en una población de alto riesgo.

Material y métodos: estudio transversal, retrospectivo, realizado del 1 de julio del 2004 al 30 junio del 2006, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Se revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y sociodemográficas, las indicaciones y las complicaciones de la histerectomía obstétrica expresadas en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados: la incidencia de histerectomía obstétrica fue de ocho casos por cada mil consultas obstétricas. El promedio de edad de las pacientes fue de 31.1 ± 5.1 años. El 72.8% tenía antecedentes de cesárea. La principal indicación fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%). Las complicaciones fueron: choque hipovolémico (56.3%) y lesión vesical (5.8%). No hubo muertes maternas.

Conclusiones: el antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, ya que se relaciona con trastornos en la placentación, como la placenta previa, que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por ende, la morbilidad y mortalidad maternas.

Palabras clave: histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones, complicaciones.

ABSTRACT

Background: Obstetric hysterectomy is indicated when patient's life is at risk, and it is a procedure that requires a highly experienced and skilled medical team to solve any complication.

Objective: To identify incidence, indications, and complications of obstetric hysterectomy within a high-risk population.

Patients and methods: Transversal, retrospective study from July 1st 2004 to June 30 2006 at Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. There were reviewed 103 patient' files with obstetric hysterectomy. Incidence was calculated, and clinical and socio-demographic characteristics, indications, and complications of obstetric hysterectomy identified and expressed in frequency, percentages, and central tendency measurements.

Results: Incidence of obstetric hysterectomy was 8 cases within every 1,000 obstetric consultation. Age average was 31.1 ± 5.1 years. 72.8% had cesarean surgery history. Main indication was placenta previa associated with placenta accreta (33%), followed by uterine hypotony (22.3%). Complications were hypovolemic shock (56.3%), and vesical injuries (5.8%). There were no maternal deaths.

Conclusions: Cesarean history induces higher obstetric hysterectomy incidence in women with high-risk pregnancy, due to its relation to placentation disorders, as placenta previa that increases hemorrhage possibility, and thus, maternal morbidity and mortality.

Key words: obstetric hysterectomy, incidence, indications, complications.

RÉSUMÉ

Introduction : l'hystérectomie obstétrique est indiquée lorsque la vie de la patiente est en risque, et elle est un procédé qui demande l'intervention du personnel médical hautement expérimenté qui puisse résoudre quelque complication qui survienne.

Objectif : identifier l'incidence, indications et complications de l'hystérectomie obstétrique dans une population de haut risque.

Matériel et méthodes : on a réalisé une étude transversale rétrospective du 1^{er} juillet 2004 au 30 juin 2006, à l'Unité Médicale de Haute Spécialité, Hôpital de Gynéco-obstétrique, Centre Médical National d'Occident de l'IMSS. On a fait une révision des dossiers de 103 patientes auxquelles on a pratiqué hystérectomie obstétrique. On a fait le calcul de l'incidence et on a identifié les caractéristiques cliniques

et sociodémographiques, les indications et les complications de l'hystérectomie obstétrique exprimées en fréquences, pourcentages et mesures de tendance centrale.

Résultats : l'incidence de l'hystérectomie obstétrique a été de huit cas sur mille consultations obstétriques. La moyenne d'âge des patientes a été de 31.1 ± 5.1 ans. 72.8% avait antécédents de césarienne. L'indication principale a été placenta praevia liée avec placenta accreta (33%), suivi d'hypotonie utérine (22.3%). Les complications ont été : choc hypovolémique (56.3%) et lésion vésicale (5.8%). Il n'y a pas eu de morts maternelles.

Mots-clés : hystérectomie obstétrique, incidence, indications, complications.

RESUMO

Introdução: A histerectomia obstétrica é indicada quando a vida da paciente se encontra em risco, e é um procedimento que requer da intervenção do médico altamente experiente, e que possa resolver qualquer complicação que ocorra.

Objetivo: Identificar a incidência, indicações e as complicações da histerectomia obstétrica na gestação de alto risco.

Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de 1º de julho de 2004 até 30 de junho de 2006, na Unidade Médica de Alta Especialidade, Hospital de Ginecoobstetrícia, Centro Médico Nacional de Occidente do IMSS. Foram analisados os expedientes de 103 pacientes, o qual foram feitos histerectomia obstétrica. Calcularam a incidência e identificaram as características clínicas e sociodemográficas, as indicações e as complicações da histerectomia obstétrica expressadas em freqüências, porcentagens e medidas de tendência central.

Resultados: A incidência de histerectomia obstétrica foi de oito casos por cada mil consultas obstétricas. A média de idade das pacientes foram de $31,1 \pm 5,1$ anos. Em 72,8% tinha antecedência de cesárea. A principal indicação foi a placenta prévia vinculada com acréscimo placentário (33%), seguida de hipotonía uterina (22,3%). As complicações foram: choque hipovolêmico (56,3%), e lesão vesical (5,8%). Não houve mortes maternas.

Conclusões: O antecedente de cesárea induz uma maior incidência de histerectomia obstétrica em mulheres com gravidez de alto risco, já que está relacionado com transtornos na placenta, como na placenta prévia, que incrementa a possibilidade de hemorragia, e como consequência morbidade e mortalidade materna.

Palavras chave: Histerectomia obstétrica, incidência, indicações e complicações.

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él.¹ Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes que arriesgar su vida.¹⁻⁴

La intervención puede justificarse después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio mediato o tardío. La primera cesárea-histerectomía exitosa en la que sobrevivieron la madre y su hijo la reportó Eduardo Porro, de Pavia, Italia, en 1876;⁵ posteriormente, algunos ginecoobstetras comenzaron a utilizarla con fines de esterilización o para tratar otras enfermedades que se manifestaban al momento del parto, pese a que elevaba las cifras de morbilidad y mortalidad.^{1,6}

La incidencia reportada por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%.^{1,2,4-8} En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido a diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía.^{2,5} La incidencia real en México se desconoce, aunque algunos autores indican que es del 0.5 al 0.9%.^{9,10}

El procedimiento puede realizarse de manera electiva o de urgencia, que es la más frecuente.^{3,8} Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos.^{3,4}

* Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia: Dr. Juan A Reveles Vázquez. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetría, Centro Médico Nacional de Occidente. Belisario Domínguez 1000, colonia Independencia, CP 44340, Guadalajara, Jalisco, México. Recibido: noviembre, 2007. Aceptado: febrero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Reveles VJA, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex 2008;76(3):156-60.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

Las principales indicaciones son las complicaciones que provocan hemorragia, como: trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea.^{1,2,4,6,7,9,10}

El choque hipovolémico es la primera causa de las complicaciones que ocurren después de la histerectomía.^{2,4,6,8,11}

El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia, principales indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en una población mexicana con embarazo de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio transversal, retrospectivo, del 1 de julio del 2003 al 30 junio del 2006, en el que se revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se les practicó histerectomía por causa obstétrica, de cualquier edad y en cualquier momento de la gestación. Se estimó la tasa de incidencia de histerectomía obstétrica y se identificaron las características clínicas, sociodemográficas, indicaciones y complicaciones, las cuales se expresaron como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

En el lapso de tres años se registraron 12,746 consultas obstétricas y se encontraron 133 casos de histerectomía obstétrica, lo que representa una incidencia de ocho por cada mil consultas. En total, se realizaron 9,282 (72.8%) cesáreas, 2,597 (20.4%) partos vaginales y 728 (5.7%) legrados. La incidencia de histerectomía posterior a parto vaginal y cesárea fue 0.002 y 0.07%, respectivamente.

El promedio de edad de las pacientes fue de 31.1 ± 5.1 años; 35.9% (37) se encontraba en el grupo de 30 a 35 años (cuadro 1). En cuanto a las características sociodemográficas, 92.2% (95) eran casadas; 69.9% (69), amas de casa y 39.8% (41) habían terminado la educación secundaria.

En relación con los antecedentes ginecoobstétricos, 75.7% (78) había tenido complicaciones en embarazos previos y 90.8% (93) en el embarazo actual; al 72.8% (75) se le había practicado cesárea, 11.7% (12) tuvo parto vaginal y 12.6% (13) legrado (cuadro 2).

Cuadro 1. Grupos de edad (n = 103)

	<i>Frecuencia n (%)</i>
20 a 24.9	15 (14.6)
25 a 29.5	24 (23.3)
30 a 34.9	37 (35.9)
35 o más	27 (26.2)

Cuadro 2. Evento obstétrico previo (n = 103)

	<i>Frecuencia n (%)</i>
Parto vaginal	12 (11.7)
Cesárea	75 (72.8)
Legrado	13 (12.6)

El cuadro 3 resume las indicaciones de la histerectomía obstétrica. La más común fue por placentación anormal en 56.3% (58) de las pacientes, de éstas 16.5% (17) tuvieron placenta previa, 6.8% (siete) acretismo placentario puro y 33.0% (34) placenta previa concomitante con acretismo placentario. La segunda indicación más importante fue la atonía uterina en 22.3% (23), seguida de complicaciones causadas por el legrado en 6.8% (7) y en 14.6% (15) por otras causas, con una frecuencia de una paciente por trastorno.

Cuadro 3. Indicaciones de la histerectomía obstétrica (n = 103)

	<i>Frecuencia n (%)</i>
Placentación anormal (previa 17, acreta 7, ambas 34)	58 (56.3)
Atonía uterina	23 (22.3)
Posterior a legrado	7 (6.8)
Otras causas	15 (14.6)

Las complicaciones de la histerectomía obstétrica se muestran en el cuadro 4. La principal complicación inmediata fue el choque hipovolémico, que ocurrió en 56.3% (58) de las mujeres; después, lesión vesical en 5.8% (6), la cual fue identificada y reparada en el momento del acto quirúrgico. Otras causas, como lesión de uréter, vejiga, choque séptico y asistolia transitoria se manifestaron de manera aislada.

Entre las complicaciones mediatas se encuentran: coagulación intravascular diseminada y hematoma de cúpula vaginal en 4.9% (5) cada una. No hubo ninguna complicación tardía predominante.

Cuadro 4. Complicaciones de la histerectomía obstétrica (n = 103)

	Frecuencia n (%)
Choque hipovolémico	58 (56.3)
Hematoma de cúpula vaginal	5 (4.9)
CID	5 (4.9)
Lesión vesical	6 (5.8)
Sepsis	2 (1.9)
Absceso de cúpula vaginal, hematoma corredera parietocólica, laceración arteria uterina, neumonía, SDRA, derrame pleural, TEP, hematuria, IRA y DHE	1 (0.9)

CID: coagulación intravascular diseminada; SDRA: síndrome de dificultad respiratoria del adulto; TEP: tromboembolia pulmonar; IRA: insuficiencia renal aguda; DHE: desequilibrio hidroelectrolítico.

El promedio de días de hospitalización fue de 11 ± 9 . El 41.7% (43) de las pacientes estuvieron en la unidad de cuidados intensivos y los días promedio de hospitalización fueron 1.5 ± 2.3 .

COMENTARIOS

La incidencia de histerectomía obstétrica que se observó en este estudio fue de ocho por cada mil consultas obstétricas, similar a la que reportaron Nava y Quesnel en México,^{9,10} pero diferente a la de países desarrollados como el Reino Unido o Estados Unidos, que es muy baja.^{1,2,4-10} Una posible explicación de esto es el tipo de población atendida en el hospital, que concentra una gran cantidad de pacientes con embarazo de alto riesgo.

La edad materna también se ha vinculado con el número de histerectomías obstétricas, que fue mayor en el grupo de 30 a 35 años.^{1,4} La edad promedio de las pacientes fue de 31.2 ± 5.1 años.

El antecedente de cesárea es el factor de riesgo más importante para realizar una histerectomía obstétrica, sobre todo cuando ha ocurrido en más de dos ocasiones.^{1,3,4,8,10}

En este estudio, al 72.8% de las pacientes se les había efectuado una cesárea. Aunque no había constancia del número exacto, se notó una relación directa de ésta con la cifra de histerectomías practicadas. En consecuencia, hubo más casos de inserción anormal de la placenta o desgarro uterino.^{1,2,7} No se debe perder de vista que el padecimiento (placenta previa o rotura uterina), y no la cesárea *per se*, es el responsable de la histerectomía obstétrica.⁶

En la bibliografía se corrobora que la placenta previa y la atonía uterina son las dos principales indicaciones para la histerectomía obstétrica, si bien puede variar el orden de frecuencia.¹⁻¹⁰ En este estudio, la placentación anormal se demostró en 56.3% de las pacientes, y en 33% de éstas, la placenta previa se vinculó con acretismo.⁴ La atonía uterina fue la segunda indicación (22.3%^{7,10}) y es probable que el mecanismo fisiopatológico implicado en su presentación sea el edema intersticial que impide que el endometrio adquiera el tono necesario para permitir el cierre de las arterias del lecho placentario.⁹

La experiencia reportada por algunos autores, como Baskett y colaboradores, con el uso de suturas compresivas en el útero, sugiere que la histerectomía obstétrica podría evitarse en primigestas con el objetivo de preservar el útero;⁷ asimismo, se han propuesto otros procedimientos alternativos, como la ligadura de grandes vasos (útero-ováricos e iliaca interna), curetajes y empaquetamiento del útero, que no han sido completamente efectivos e incluso han provocado complicaciones.^{2,5,7} En resumen, la histerectomía obstétrica sigue siendo la intervención con mejores resultados posquirúrgicos, aunque la morbilidad materna sea alta.^{3,7}

La hemorragia es la complicación más importante de este procedimiento.^{2,7,9,10} En el grupo de pacientes estudiadas, el choque hipovolémico sucedió en 56.3%,^{3,8} y fue controlado exitosamente. La coagulación intravascular diseminada es otro trastorno hemodinámico que suele aparecer predominantemente como complicación mediata, y aunque su frecuencia es baja, es una alteración que pone en riesgo la vida; en este estudio ocupó el segundo lugar, con 4.9% de las pacientes.^{3,7}

Las complicaciones tardías, por lo general, son producto de la hospitalización prolongada. Las mujeres que permanecen internadas por mucho tiempo sufren enfermedades que pueden manifestarse como causa no directamente relacionada con el procedimiento inicial. En este caso, no predominó ninguna, pese a la larga hospitalización.

CONCLUSIONES

La incidencia de histerectomía obstétrica en este hospital es alta si se compara con la de otras poblaciones estudiadas. La mayoría de las pacientes tenía antecedentes de cesárea, lo que refuerza los datos reportados y sugiere que éste es un factor de riesgo que hay que considerar en embarazos

futuros, puesto que propicia trastornos en la placentación que pueden tener como desenlace la histerectomía. El médico debe estar preparado para llevar a cabo este procedimiento de urgencia y manejar oportunamente las complicaciones, que en ocasiones son catastróficas para la madre y el recién nacido.

REFERENCIAS

1. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG* 2006;108(6):1486-92.
2. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:409-12.
3. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2007;154:e1-e5.
4. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):97-105.
5. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG* 2003;102(1):141-5.
6. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2003;23(3):252-4.
7. Baskett TF. Emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2003;23(4):353-5.
8. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1440-4.
9. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:289-94.
10. Quesnel GBC, Ahued JR, Rivera J, Obeid LJ. Obstetric hysterectomy. A review of 675 cases at the Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 1997;65(3):119-24.
11. Hofmeyr JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture [Review]. *BJOG* 2005;112(9):1221-8.

Cuidados de la vejiga y el recto. - Es muy importante que estos dos reservorios estén vacíos durante todo el periodo de expulsión.

Por la inspección se dará fácilmente cuenta de la distensión de la vejiga, que forma por encima del pubis, en la línea media, un abultamiento blando, muy visible. Si la micción espontánea es imposible, a causa de la compresión uretral, deberá practicarse el cateterismo aséptico de la vejiga. Para ello se empleará preferentemente la sonda de Nélaton nº 18, recordando que la uretra está estirada y comprimida detrás de la sínfisis. Será, pues, preciso introducir la sonda profundamente, de 12 a 15 centímetros, antes de llegar a la cavidad vesical.

Muy a menudo, después que se ha practicado el cateterismo, los esfuerzos expulsivos recobran mayor energía y son menos dolorosos.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:189.