

Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008

Raziel Ramos García,* Gilberto Ramírez López,* Gabino Hurtado Estrada*

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: *isteros* (útero) y *ectomía* (extirpación). Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: 1) Histerectomía en el puerperio, 2) Cesárea histerectomía y 3) Histerectomía en bloque.¹

La cesárea histerectomía es una intervención mediante la cual, una vez extraído el feto por histerotomía, se extirpa el útero.²

Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente, al aumentar el riesgo de hemorragia.^{3,4}

La hemorragia postparto ocurre en 1% de las pacientes y es principalmente secundaria a trastornos en la implantación de la placenta.⁴

Historia. En 1862, Fesser describió una técnica, la cual fue aprobada y aceptada hasta 1878. Horacio Robinson Store, en 1869, realizó y documentó por primera vez la realización de una histerectomía en una mujer viva después de cesárea en los Estados Unidos de América (EUA).¹

Probablemente fue Store el primero que, en 1866, tras realizar una cesárea, debido a la existencia de un gran tumor pelviano, practicó una histerectomía subtotal para controlar una hemorragia importante.

Porro, en 1875, realizó una histerectomía con fijación del muñón cervical a la pared abdominal, cirugía a la cual se le hizo referencia al hablar de la evolución histórica de operaciones obstétricas.²

Tait, en 1890, introdujo modificaciones técnicas a la primera cirugía de Porro.²

Entre los muchos trabajos destacan los de autores como Muller, Taylor, Richardson y Godzon, siendo este último el primero en realizar la histerectomía por causa obstétrica. Ya en el siglo XX, en 1990, en Inglaterra, Duncan y Target recomiendan la histerectomía de primera intención como procedimiento de esterilización ante complicaciones obstétricas.¹

Incidencia. La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varía de acuerdo al tipo de normas ginecoobstétricas que se manejan en las instituciones, del control prenatal, atención obstétrica, etcétera. En EUA varía entre 0.13 y 0.15%, en Shanghai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México (INPer) 1.72%.¹

En el Hospital de Maternidad La Paz, en Madrid, se registraron 272,332 partos y 14,435 cesáreas, y allí se realizaron 102 cesáreas histerectomías, lo que representa 0.037% de los partos y 0.7 de las cesáreas.²

Se desconoce la incidencia exacta de la histerectomía periparto de urgencia. Varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por 1,000.³ Cada año fallecen poco más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.⁵⁻⁷

La Organización Panamericana de la Salud determinó una tasa global de 190 muertes por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe durante 2002. En México, la Secretaría de Salud informó que entre 2000 y 2002 la tasa de mortalidad materna fue aproximadamente de 50 por 100 mil nacidos vivos; no obs-

* Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México.

tante, otras publicaciones oficiales ubican dicho índice en 75 o más.^{5,8,9}

El Estado de México encabeza la lista de las nueve principales entidades de nuestro país en cuanto a mortalidad materna; las causas más frecuentes de muerte se relacionan con hipertensión arterial, representadas como preeclampsia y eclampsia, seguidas de hemorragias obstétricas. Sumando las cinco principales causas, comprenden el 67% en este rubro. La tasa de mortalidad materna en el Estado de México es de 62.2% por cada 100 mil nacidos vivos registrados en el año 2000 y ocupa el primer lugar en el país.¹⁰

Morbilidad de las histerectomías de urgencia.

Clark y colaboradores (1984) en un estudio de 70 histerectomías de urgencia por hemorragia obstétrica, comunicaron que 95% de las pacientes de su estudio recibieron transfusiones sanguíneas y que 50% presentó morbilidad febril.¹¹

Morbilidad de las histerectomías por cesárea electiva. En una revisión de 80 casos de mujeres sometidas a histerectomía por cesárea electiva, McNulty comunicó que sólo cinco (6%) presentaron morbilidad febril y 12 (15%) recibieron transfusiones de sangre, cuatro (5%) padecían lesiones vesicales y cuatro (5%) tenían hematomas del ligamento ancho.

En consecuencia, es probable que las histerectomías por cesáreas electivas no se relacionen con mayor riesgo de complicaciones o de morbilidad respecto al parto por cesárea, seguido por histerectomía electiva posterior.¹¹

Histerectomía de urgencia versus electiva. En dos estudios comparativos sobre histerectomías electivas postparto y de urgencia, la morbilidad fue mayor cuando se relacionaba con el procedimiento de urgencia.

En el grupo de urgencia fueron superiores: la pérdida estimada de sangre, la cantidad de mujeres transfundidas y el tiempo del procedimiento.¹¹ En general, las complicaciones son más frecuentes en las histerectomías de urgencia que en los casos de indicación electiva.²

Indicaciones de histerectomía obstétrica. Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave.

Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal.²

Indicaciones absolutas:

1. Ruptura uterina de difícil reparación.
2. Hemorragia incoercible.
3. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
4. Útero de Couvelaire en *abruptio placentae*.

5. Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. Infección puerperal de órganos internos.

Indicaciones electivas:

Son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía:²

1. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnionitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.).^{1,2,11-13}

Técnica de histerectomía obstétrica. No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa vesicouterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los ligamentos uteroováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa.¹¹

Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y uterosacros con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos.¹¹

Complicaciones. Estas complicaciones obstétricas no son exclusivas de esta intervención; sin embargo, algunas se presentan con más frecuencia que en la intervención ginecológica. Las más comunes son: hemorragia transoperatoria, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal; también eventos tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula y hasta peritonitis.¹

Objetivo. Determinar cuáles son las indicaciones clínicas que justificaron la realización de la histerectomía obstétrica absoluta, así como conocer la frecuencia, identificar los factores predisponentes; determinar los diagnósticos prequirúrgicos, establecer en qué edad se presenta más frecuentemente, conocer las complicaciones y determinar el diagnóstico histopatológico reportado en pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica absoluta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de serie de casos, observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, en el que se revisaron expedientes clínicos con diagnóstico de histerectomía obstétrica absoluta que se encontraron en el archivo clínico del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM del 2007-2008.

Criterios de inclusión. Expedientes de pacientes con diagnóstico de egreso de histerectomía obstétrica absoluta del año 2007 al 2008 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO) del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM). **Criterios de no inclusión.** Pacientes con expediente incompleto. Expedientes de mujeres con diagnóstico de egreso de histerectomía obstétrica absoluta, cuyo procedimiento quirúrgico se realizó fuera del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Análisis estadístico. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y se presentó mediante cuadros de frecuencia. Como resumen de datos, mediante la fórmula de incidencia, se aplicó el número total de histerectomías obstétricas en relación con los recién nacidos vivos en el periodo 2007-2008.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado, se encontró un total de 23 expedientes, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión 21 de ellos, sobre los cuales se realizó el estudio y el análisis de investigación.

La incidencia de histerectomía obstétrica absoluta fue de 21 casos y, considerando que el total de nacimientos vivos que se presentaron en el periodo 2007-2008 fue 16,633, la incidencia fue de 1.26 por 1,000 nacidos vivos.

En el 2007 se presentaron 13 (61.9%) casos de histerectomía obstétrica absoluta y en el 2008 los otros ocho (38.1%) casos.

Respecto a identificar los factores predisponentes que se asociaron a histerectomía obstétrica encontramos que la media de edad fue de 29.90 años (límites: 17 y 40 años). El promedio de embarazos fue 2.76, el de partos 1.19, el de cesáreas 1.48 y el de abortos 0.1.

Los diagnósticos prequirúrgicos registrados se presentan en el *cuadro I*; los más frecuentes fueron atonía

uterina (33.3%) y acretismo placentario (28.6%). El *cuadro II* presenta los diagnósticos histopatológicos; el reportado con mayor frecuencia fue placenta acreta, con seis casos (28.6%). Tres pacientes (14.2%) presentaron complicaciones postquirúrgicas (*Cuadro III*).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la tasa de incidencia de histerectomía obstétrica fue de 1.26 por 1,000 nacidos vivos. Con base en los resultados, observamos que las principales causas de histerectomía obstétrica en nuestro medio fueron: placenta acreta (28.6%), seguida por miometritis (23.8%), placenta increpa (14.3%) y decidualitis aguda (14.3%). Es importante tener en cuenta que la hemorragia obstétrica es una de las nueve principales causas de mortalidad materna en el Estado de México.¹⁰

Cuadro I. Diagnósticos prequirúrgicos.

Diagnóstico	n	%
Atonía uterina	7	33.3
Acretismo placentario	6	28.6
Ruptura uterina	2	9.5
Placenta previa	2	9.5
Otros	2	9.5
Dehiscencia de histerorrafia	1	4.8
Desgarro de comisuras	1	4.8
Total	21	100.0

Cuadro II. Diagnósticos histopatológicos.

Diagnóstico	n	%
Placenta acreta	6	28.6
Miometritis	5	23.8
Placenta increta	3	14.3
Decidualitis aguda	3	14.3
Dehiscencia de histerorrafia	2	9.5
Placenta percreta	1	4.8
Miomatosis	1	4.8
Total	21	100.0

Cuadro III. Complicaciones postquirúrgicas.

Complicación	n	%
Ninguna	18	85.7
Lesión a anexos	2	9.5
Lesión vesical	1	4.8
Total	21	100.0

También es importante mencionar que debemos tener al alcance de la mano los diferentes tratamientos conservadores que existen e ir a la vanguardia en cuanto a los manejos con los que cuentan otras instituciones y/o países; en conjunto, recibir el adiestramiento de las múltiples técnicas de aplicación de estos procedimientos, ya que esto se verá reflejado en menor morbimortalidad materna en manos hábiles y expertas. Por otro lado, tomando en cuenta los bajos recursos disponibles en nuestra institución y los elevados gastos hospitalarios que consume una paciente de esta naturaleza, debemos llegar a un acertado y pronto diagnóstico, que se verá reflejado en las complicaciones e ingresos de estas mujeres a la Unidad de Terapia Intensiva, puesto que a mayor tiempo de retraso en el diagnóstico, habrá mayores complicaciones y, por ende, mayor gasto de recursos.

La exigencia de los maestros de la especialidad hacia el médico en formación debe ser guiada, con el objeto de disminuir, en la medida de lo posible, este tipo de complicaciones, tomando las medidas adecuadas y conociendo previamente el trasfondo de esta entidad, lo que dará como resultado disminución en la morbimortalidad materna.

CONCLUSIONES

La incidencia de la histerectomía obstétrica absoluta durante el periodo 2007-2008 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO) del IMIEM correspondió a 1.26 por cada 1,000 nacidos vivos.

La edad media de las pacientes fue de 29.90 años.

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron atonía uterina (33.3%) y acretismo placentario (28.6%).

Los diagnósticos histopatológicos reportados con mayor frecuencia fueron placenta acreta (28.6%), seguido por miometritis (23.8%) y placenta increta (14.3%).

Las complicaciones que se presentaron fueron lesión vesical en una (4.8%) paciente y lesión de anexos que se presentó en dos (9.5%) mujeres.

Entre los factores predisponentes conocidos para la histerectomía obstétrica absoluta, ocupó el primer lugar en frecuencia la edad mayor a 30 años, lo que también aumenta el riesgo en pacientes que tenían por lo menos una gestación. La frecuencia de histerectomía obstétrica no se vio aumentada con la presencia de abortos.

Con base en lo expuesto, se recomienda: 1) Realizar estudios de investigación que tiendan a identificar factores de riesgo para histerectomía obstétrica absoluta para que se realicen estrategias de prevención oportunas. 2) Efectuar Cursos-Talleres para el adiestramiento en la aplicación de los diferentes procedimientos en el tratamiento conservador, con el fin de evitar la histerectomía obstétrica absoluta. 3) Adecuar programas para las pacientes embarazadas que les ayuden a tomar conciencia sobre su oportuna y puntual cita médica prenatal con el objetivo de identificar factores de riesgo para histerectomía obstétrica absoluta.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahued AJR. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2da ed. México: El Manual Moderno; 2003; 637-640.
- Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología 2a. Ed. Madrid McGraw-Hill-Interamericana; 2004; 640-641.
- Reveles VJA, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Méx* 2008; 76(3): 156-160
- Nava FJ et al. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70: 284-289.
- Angulo VJ, Cortés SL, Torres GLG, Aguayo AG, Hernández HS, Ávalos NJ. Análisis de la mortalidad materna, en tres periodos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. *Ginecol Obstet Méx* 2007; 75(7): 384-393.
- Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: Who, when, where and why. *Lancet* 2006; 368(9542): 1189-1200.
- Yayla M. Maternal mortality in developing countries. *J Perinat Med*. 2003; 31(5): 386-391.
- Langer A, Hernández B. La mortalidad materna: una prioridad para la investigación y la acción. *Gac Med Méx* 2000; 136(supl3): s49-53
- Velasco MV, Navarrete HE, Hernández AF, Anaya CS, Pozos CJL, et al. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. *Ciruj* 2004; 72: 293-300.
- Gómez Bravo T et al. Mortalidad materna en el Estado de México. *Rev Asoc Méx Med Crit Ter Int* 2003; 17(6): 199-203.
- Rock JA, Thompson JD. *TE LINDE Ginecología Quirúrgica*. 8a Ed. Argentina: Médica Panamericana, 2002; 879-896.
- Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia. México: INPer; 2003; 216-217.
- Tena AG. *Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia*. México: HGO Luis Castelazo Ayala; 2005; 365-367.