

TRABAJOS ORIGINALES

I. HISTERECTOMIA EN EL ESTADO GRAVIDO PUERPERAL

Prof. Dr. Pascual A. Taccone, Jefe del Servicio de Clínica Obstétrica II de la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore; Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. José Osvaldo Amodeo, Jefe de la Residencia Provincial de Tocoginecología.

Dra. María Inés Acerete, Médica Residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore.

Dra. Patricia García Ocanto, Médica Residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore.

Dr. José Alberto Rossi, Docente de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dra. Nancy Bonafede, Médica Residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore.

Dra. Graciela García, Médica Residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore.

RESUMEN

Se presentan 25 histerectomías efectuadas en el estado grávido puerperal por indicaciones de emergencia hemorrágica (80 %) y por complicaciones sépticas severas (20 %). Todos los casos evolucionaron favorablemente, inclusive los que presentaron morbilidad posoperatoria (24 %). No hubo muertes maternas. Se reconoce a la hipertensión arterial, el aborto y la cesárea previa, como factores de riesgo para histerectomía.

SUMMARY

Twenty-five hysterectomies are presented. They have been done in the puerperal gravid condition by hemorrhage emergency indications (80 %) and by severe septic complications (20 %). Every cases had a favorable evolution, including those that presented postoperative morbidity (24 %). There was no maternal deaths. The arterial hypertension, abortion and previous cesarean operation are recognized as factors of risk for hysterectomy.

OBJETIVO

La finalidad de este trabajo es realizar un estudio analítico de la práctica de la histerectomía en nuestro centro obstétrico. Entendemos que periódicamente se debe evaluar esta práctica quirúrgica en obstetricia, ya que es un procedimiento indicado en complicaciones obstétricas importantes. El estudio está orientado a registrar la frecuencia de la operación en relación al número de partos, la edad de las pacientes, la paridad, la edad gestacional alcanzada, la patología

obstétrica asociada, la indicación de la histerectomía, el tipo de histerectomía, la evolución posoperatoria y la mortalidad materna.

MATERIAL

Se analizaron 25 histerectomías efectuadas en 24.264 partos, asistidos en la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore, entre enero de 1986 y setiembre de 1988.

RESULTADOS REGISTRADOS

Frecuencia

La incidencia de la histerectomía en el estado grávido puerperal está muy relacionada con la presencia de complicaciones obstétricas y la operación cesárea. Tal es así que en nuestros casos 56 % (14/25) de las operaciones se realizaron luego de una cesárea y 20 % luego de un parto vaginal (5/25). Además registramos 6 histerectomías en abortos (24 %) (6/25). En el período estudiado se efectuó 1 histerectomía en 0,08 % del total de partos (19/24.264), en 0,36 % de las cesáreas (14/3.882) y en 0,02 % de los partos vaginales (5/20.382).

Edad

Todas las histerectomías fueron efectuadas en mujeres entre 24 y 37 años. Esta etapa de la vida de la mujer está precisamente inserta en un período de gran fertilidad.

Paridad

De las 25 histerectomías, 5 fueron primíparas y 20 multíparas, lo que demuestra que esa condición es factor predisponente.

Edad gestacional

Embarazo de pretérmino	7	28 %
Embarazo de término	12	48 %
Abortos	6	24 %

Este registro indica que el área de término es el período gestacional donde ocurren la mayoría de los accidentes obstétricos que indican la histerectomía. No obstante ello, observamos que las histerectomías indicadas en abortos representan un porcentaje importante (24 %) del total de las mismas.

Patología asociada

Rotura prematura de membranas	7
Desprendimiento prematuro de placenta	9
Feto muerto	10
Hipertensión	8
Cesárea anterior	5
Aborto	6

La hipertensión arterial se presenta como un factor asociado muy importante (8/25), la que a su vez está ligada, en estos casos, a 60 % de los casos de feto muerto y a 66 % de los desprendimientos placentarios. Sólo 1 de los 7 casos de R.P.M. estuvo asociado a la histerectomía por endometritis, y 3 de los 5 casos de pacientes con cesárea anterior requirieron la operación por rotura uterina.

En los abortos, las histerectomías fueron indicadas: en 1 caso, por hemorragia incoercible; en 2 casos, por sepsis, y en 3 casos, por perforación uterina.

Tipo de parto

Operación cesárea	14
Parto espontáneo	5

La histerectomía en el estado grávido puerperal, como lo indican la mayoría de los estudios al respecto, está íntimamente relacionada con la operación cesárea (14/25).^(1, 3, 5) En nuestros casos este procedimiento se utilizó para tratar severas hemorragias toco-genéticas que pusieron en serio peligro la vida de las parturientas.

Indicaciones de la histerectomía

Rotura uterina	7
Atonía uterina del posalumbramiento	5
Placenta acreta	4
Afibrinogenemia	4
Endometritis puerperal séptica	3
Aborto séptico	2

Los datos precedentes consignan la indicación precisa que determinó la extirpación del útero como tratamiento definitivo de la complicación obstétrica. Observamos que en 80 % (20/25) de los casos la indicación la originó un accidente hemorrágico.⁽¹⁾

Sólo en 20 % de los casos la indicaron procesos sépticos que no respondían al tratamiento antibiótico.

Tipo de histerectomía

Histerectomía total	19
Histerectomía subtotal	6

La tendencia actual es la de efectuar una histerectomía total a fin de no dejar el cuello del útero como hipotético factor de riesgo para neoplasia. Sólo en casos de emergencia hemorrágica con compromiso del estado general materno, se puede acortar la operación y efectuar la subtotal^(6, 4) como sucedió en nuestros casos (afibrinogenemia, 3; rotura uterina, 2; atonía uterina, 1).

Posoperatorio

Posoperatorio normal	19
Absceso de pared abdominal	2
Hemorragia intraperitoneal	1
Absceso de Douglas	2
Fístula vesicovaginal con hemorragia retroperitoneal y nefrectomía	1

Las 6 pacientes con complicaciones posoperatorias (24 %) fueron tratadas convenientemente y dadas de alta recuperadas igual que las otras 19. No hubo muertes maternas.

COMENTARIOS

La histerectomía en obstetricia es un tratamiento quirúrgico que está propuesto para tratar graves hemorragias e infecciones que ponen en serio peligro la vida de la madre.⁽⁵⁾

El tocólogo debe prestar atención cuando asiste a pacientes en las cuales están presentes factores de riesgo asociados a esta eventualidad quirúrgica, a fin de no llegar demasiado tarde con un tratamiento que salve la vida materna. Afortunadamente, en nuestro centro obstétrico no hubo que lamentar muertes maternas, lo que en los centros bien dotados en recursos está alrededor de 1 %.⁽⁵⁾

Las histerectomías efectuadas están asociadas a emergencias hemorrágicas en la mayoría de los casos (20/25) y sólo en 5 pacientes hubo que remover un foco séptico con la extirpación del útero para salvar la vida de la madre.⁽²⁾ Es evidente que esta decisión es dramática, ya que también lleva implícito la terminación de la vida reproductiva de la paciente.

Finalmente es bueno consignar que la frecuencia de esta operación en nuestro centro obstétrico es baja en relación a la observada en otros centros,^(7, 3) lo que demuestra la ausencia de muertes maternas.

CONCLUSIONES

Se presentan 25 histerectomías efectuadas en 24.264 pacientes, de las cuales 20 fueron indicadas en emergencias hemorrágicas a continuación de cesáreas. Las otras 5 resolvieron severas infecciones que obligaron a la remoción del foco infeccioso. Todas las pacientes salvaron su vida con la operación, inclusive las que presentaron morbilidad posoperatoria.

Entendemos que el tocólogo debe estar alerta en pacientes afectadas de hipertensión que han tenido un aborto o que tienen antecedentes de cesárea previa, porque es un grupo de riesgo para histerectomía, como lo demuestra este estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Uranga, Imaz, F. A.: "Obstetricia práctica", pág. 734. Editorial Intermédica, Buenos Aires, 1966.
2. Schwarcz, R., y col.: "Obstetricia", pág. 540. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1986.
3. Votta y col.: "Obstetricia", pág. 665. Editorial Libreros López Editores, Buenos Aires, 1988.
4. Casavilla, F., y col.: "Obstetricia", pág. 441. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1987.
5. Planché, W. C.: "Histerectomía - Cesárea". Clínicas Obst. y Gynec., vol. 2, pág. 409. Ed. Interamericana, México, 1986.
6. Punnonen y col.: "Histerectomía subtotal en emergencias obstétricas", Year Book Obst. and Gynec., pág. 211. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1986.
7. Clark, S. L., y col.: "Histerectomía en emergencia por hemorragia obstétrica". Obst. and Gynec., 64, 376-380, set. 1984.
8. Williams: "Obstetricia", pág. B52. Edición III, Salvat Editores, 1986.