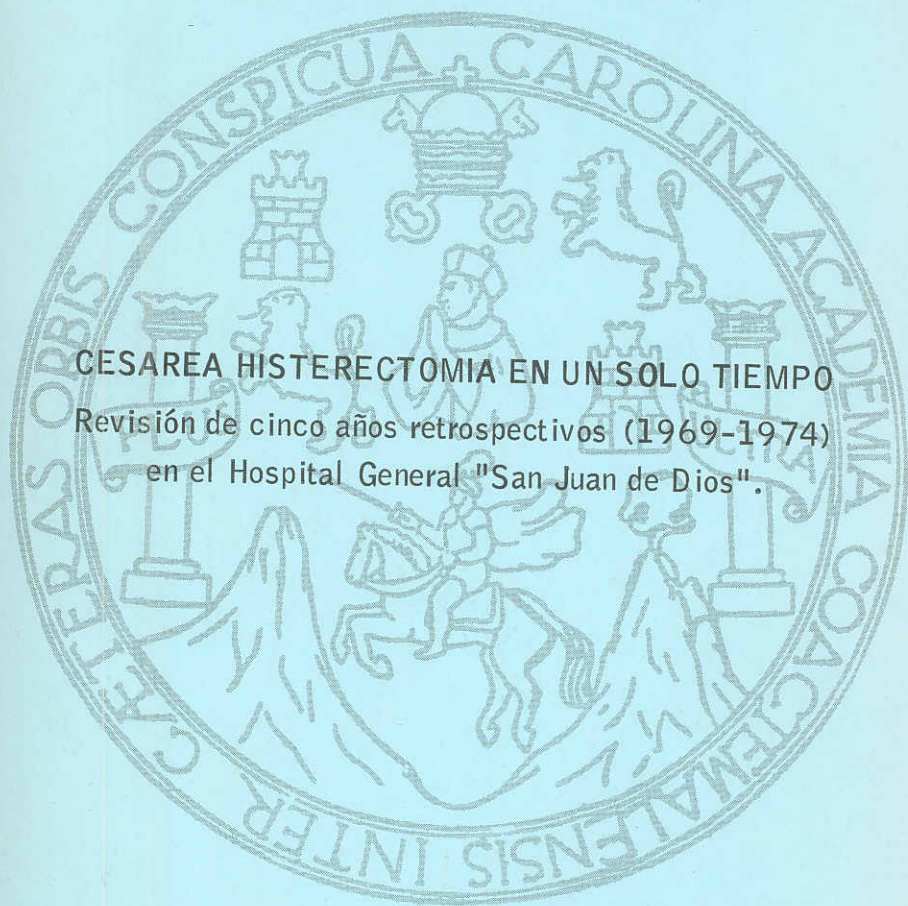


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CESAREA HISTERECTOMIA EN UN SOLO TIEMPO
Revisión de cinco años retrospectivos (1969-1974)
en el Hospital General "San Juan de Dios".

LUIS FELIPE GARCIA RUANO

GUATEMALA, JULIO DE 1974.

PLAN DE TESIS

I.	INTRODUCCION	1
II.	PRINCIPIOS GENERALES	3
	a) Datos Históricos	3
	b) Definición; Sinonimia	9
	c) Etiología y Patogenia	10
	d) Técnica Quirúrgica	19
	e) Frecuencia, Pronóstico y Complicaciones	30
	f) Anestesia	38
III.	MATERIALES Y METODOS	41
IV.	RESULTADOS	43
V.	CASUISTICA	53
VI.	CONCLUSIONES	57
VII.	RECOMENDACIONES Y COMENTARIOS	61
VIII.	BIBLIOGRAFIA	63

I. INTRODUCCION

Es nuestra intención hacer un somero análisis, de lo que concierne a los fenómenos y tratamientos sucedidos en el embarazo, parto y puerperio en circunstancias anormales, refiriéndonos principalmente a los estados patológicos del útero, cuya entidad exige sea extirpada la pieza en salvaguarda o reducción a su mínima expresión el peligro de vida de una madre.

Históricamente el procedimiento conocido como Cesárea-Histerectomía, fue utilizado como un método desesperado obstétrico en la pugna por reducir cuanto fuera posible el número de mujeres y niños que fallecían como consecuencia de la función reproductiva en cualquiera de los períodos del parto y el puerperio.

Siendo sumamente elevada la morbi-mortalidad materno-fetal, quiso ser atenuada o combatida mediante la esterilización quirúrgica femenina, para lo cual utilizaban el procedimiento de cesárea-histerectomía. Definitivamente la idea antigua del procedimiento fue la de evitarle problemas posteriores a la mujer embarazada.

Actualmente ha cambiado totalmente la indicación de la cesárea-histerectomía electiva, convirtiéndola en un procedimiento de urgencia en aquellas entidades en las cuales la vida materna se vea expuesta a una negativa respuesta fulminante con sólo el tratamiento médico que se le establezca; por otro lado la paciente que presenta una neoplasia cervical, si su tratamiento ha de ser extirpación del útero, el procedimiento se convierte en urgencia en nuestro medio, por el sencillo hecho de la idiosincrasia de nuestros pueblos, en los cuales las personas no obedecen al médico y por lo tanto no vuelven a consultar posteriormente y se lleva a cabo su tratamiento; es por esto que actualmente hasta el cáncer cervical con embarazo a tér-

mino en márgenes quirúrgicos, no puede posponerse a cierto tiempo posterior a la cesárea.

Las indicaciones de cesárea histerectomía, algunas de ellas aún persisten bastante nebulosas y dependerá de la escuela que maneje a cierto grupo de mujeres para establecer un patrón de las indicaciones del procedimiento que nos ocupa, en absolutas y relativas.

Si hay evidencia que han desaparecido algunas como indicaciones del procedimiento, la esterilización quirúrgica entre ellas, ya que existen técnicas más modernas que pueden cumplir con ese cometido sin someter a intervención ginecológica mutilante; así como los casos de sepsis endometrial en su fase temprana en la cual debe intentarse el tratamiento médico primero, ya que con este se han obtenido buenos resultados y dependerá de la evolución del mismo para considerar la posibilidad de efectuar histerectomía a la mujer. Es decir que no necesariamente la Cesárea-Histerectomía se efectúa en un mismo tiempo; sin embargo, el trabajo que nos ocupa será enfocado desde este punto de vista: "Cesárea Histerectomía en un solo tiempo".

Para realizar el presente estudio nos valimos de la papelería registrada en el Hospital para cada paciente, haciendo una revisión de cinco años retrospectivos de los años 1969 a 1974. Nuestro interés está en formarnos una idea del procedimiento en forma bibliográfica y contribuir a la creación de estadísticas en nuestro país; especialmente en el Hospital General "San Juan de Dios", a quien le debemos nuestra experiencia y entrenamiento.

Iniciaremos el trabajo con datos históricos de la **CE-SAREA HISTERECTOMIA**, que no será más que un bosquejo sucinto, pero lo creemos de gran importancia ilustrativa para conocer el ingenio práctico de los médicos antiguos.

II. PRINCIPIOS GENERALES

ANALISIS HISTORICO:

Para poder establecer un inicio histórico de la cesárea-histerectomía, debemos de hacer un somero análisis de la cesárea a través de las distintas épocas, ya que el procedimiento del cual hablamos forma parte de la misma.

La historia de la cesárea puede dividirse en 5 períodos:

- I) De los tiempos más remotos hasta comienzos del siglo XVI.
- II) Del año 1500 hasta 1876.
- III) Introducción de la amputación del cuerpo uterino (operación de Porro).
- IV) De 1882 a 1907.
- V) De 1907 hasta nuestros días (tiempo en que Frank ideó la técnica estraperitoneal).

El primer momento en que se habla de cesárea - histerectomía es en el tercer período de la historia de la cesárea con la operación de Porro.

Sin embargo, había antecedentes que este procedimiento si bien no había sido aplicado, fue concebido con mucha antelación a Porro, pero que fue éste quien acaparó toda la gloria.

Así, Joseph Cavallini de Florencia en 1768, sugirió extirpar el útero fundándose en experiencias en animales, sin embargo, no la efectuó en seres humanos. En 1809 G. P. Michaelis señaló la misma posibilidad e incluso afirmó que había hecho en más de una ocasión, pasando inadvertido, aunque no la pudo efectuar. En 1823, James Blundell, tuvo la misma opinión, sin poder efectuarla tam-

poco. En 1862, Feser salvó dos de cuatro perras, después de extirparles el útero. (6, 8)

En 1869, Horacio Storer, efectuó y publicó su primera histerectomía subtotal, después de una operación cesárea, se efectuó el procedimiento en una mujer que tenía un tumor uterino que bloqueaba casi totalmente la pelvis materna. La intención inicial era el diagnóstico del tumor y la probable extirpación del mismo, abrió el útero y se encontró la masa íntimamente unida al útero, fibroquística, que hizo imposible su extirpación, procedió entonces a sacar un feto maduro, pero como consecuencia del tumor, el útero no se contrajo y la hemorragia era alarmante, procediendo a efectuar histerectomía subtotal; luego cauterizó el muñón cervical y lo fijó a la herida abdominal, sin embargo, la mujer falleció en 68 horas.

En 1876, el profesor Eduardo Porro publicó su famosa monografía "Dell Amputazione útero-ovárica come complemento di Taglio Cesareo", en el cual se aconseja este método quirúrgico como un medio para impedir la muerte de la madre por infección o hemorragia, después de la operación cesárea. La respuesta fue inmediata y positiva. (8)

Es así como presenta el primer caso de la historia el Dr. Porro: (6)

"Julia Cavallini, enana de 25 años de edad, primípara, de 142 cms de talla, pelvis notablemente estrecha y deforme a causa del raquitismo se estimó que el diámetro anteroposterior del estrecho pélvico superior era de 3.97 cms. Se le ingresó al hospital bajo vigilancia 24 días antes de la operación, la cual principió después de 7 horas de trabajo de parto."

Se administró cloroformo, y Porro y sus ayudantes se lavaron las manos con solución diluida de ácido fénico. Se

abrió el útero y se extrajo al niño vivo. Después de separar la placenta, sobre el cuello se pasó un instrumento llamado constrictor de Cintrat, para incluir un ovario y una trompa de Falopio. Este instrumento en principio era muy semejante a un lazo de los actuales para extirpar pólipos nasales. El alambra se apretó lo suficiente para cohibir la hemorragia y el útero se seccionó; después se limpió la cavidad abdominal con compresas fenicadas y se introdujeron tubos de drenaje a través de la pared abdominal y del fondo de saco de Douglas; estos se sacaron por la vagina. El muñón o pedículo se sacó por la herida abdominal, la cual se saturó con alambre de plata. Se practicaron toques de cloruro de hierro al muñón, se quitó el aparato constrictor, dejando fuera de la herida el muñón fijándolo al ángulo inferior de la herida. El post-operatorio fue vigilado cuidadosamente por el Dr. E. Porro, y durante las primeras 24 horas se administró champaña y laudano. Los puntos abdominales se quitaron después de 1 semana, la porción estrangulada del pedículo se desprendió por esfacelo al final de otros 7 días y la paciente curó en 40 días.

Después de perfeccionarse la técnica de la operación supravaginal del útero miomatoso, se aplicaron métodos semejantes a la operación de Porro y el muñón cervical se cubría con un repliegue peritoneal y se dejaba en la cavidad abdominal, algunas veces se extirpaba todo el órgano, principalmente si el cuello estaba carcinomatoso.

Al sobrevenir el cuarto período de la cesárea, con Sanger, se insistió en la necesidad de suturar la incisión uterina, describiendo la técnica precisa de sutura, en ese entonces se le llamó cesárea conservadora ya que no extirpaba el útero, distinguiéndola de la radical de Porro. De tal manera fueron creándose indicaciones para la una y la otra, consecuencia de esto, la radical se hizo menos frecuente. (6)

Se le tomó muy en cuenta a la operación radical como un procedimiento de mucha utilidad en úteros miomatosos y multíparas con infección masiva, o en los casos de esterilización quirúrgica.

En 1878 Müller, propone la siguiente modificación: sugiere sacar el útero de la cavidad abdominal antes de practicar la incisión en el mismo, al tiempo que se hacía constricción de la base con un tubo elástico semejante al utilizado durante las amputaciones, fue así como el 4 de febrero de 1878, efectuó su primera operación en paciente de 37 años, multípara, con trabajo de parto de 3 días y medio, con feto muerto, frecuencia cardíaca materna de 136 x' y temperatura oral de 32.° C., su operación tuvo éxito. La desventaja de este procedimiento era la incisión abdominal obligadamente extensa.

En 1879, Tarnier, efectuó la primera cesárea histerectomía con éxito en Francia, valiéndose de una sierra nudos de Koeberle para sostener el cuello uterino en lugar de utilizar constrictores corrientes. (6)

En este mismo año Bischoff operó en la treinta y cuatro semana de embarazo, con cáncer del cuello uterino a una paciente que falleció 11 horas después; se había ligado un uréter y la necropsia advirtió carcinoma de los ganglios.

En 1879, Robert Harris informó de 29 casos de operación de Porro considerando su utilidad bajo los aspectos siguientes: (6)

- a) Impide la posibilidad de escape de loquios hacia la cavidad abdominal.
- b) Elimina las fístulas por las cuales pueda ocurrir intoxicación séptica.
- c) Elimina el peligro de inercia uterina secundaria y he-

morragia.

- d) Disminuye el peligro de peritonitis originada del útero.
- e) Permite el tratamiento antiséptico directo.
- f) Elimina la posibilidad de peligro en parto ulterior.

Hacia 1880 fue amplia la aceptación de la cesárea histerectomía, destacando Oppenheimer en Alemania quien utilizó la compresión manual bilateral de las arterias uterinas para cohibir la hemorragia, valiéndose de pinzas de Spencer Wells, sobreviviendo madre y niño. Isaac Taylor la efectuó también en Nueva York, sin embargo, la paciente falleció al 26 día post-op. Al año siguiente Richardson efectuó la primera con éxito en Estados Unidos, la paciente, una enana de 25 años, 1.15 mts embarazo a término. La incisión fue de 25 cms en la línea media, se extrajo el útero, luego al niño y se ligó a nivel del cuello uterino con una asa de alambre amputando el útero. La paciente se recuperó.

En 1884 Godson efectuó la primera con éxito en Inglaterra. Utilizó una incisión transversal en la unión del cuerpo con el segmento, idea adoptada de Adolph Kherer, el cual desgarraba el músculo.

Lawson Tait, en 1890, introdujo modificaciones tales que la operación se le llegó a conocer como de Porro-Tait; se hacía pasar una gasa para impedir la circulación y después se anudaba. Se incidía el útero extrayendo al niño, luego de separar la placenta, el útero contraído era extirpado a nivel del muñón cervical cerrando la herida abdominal, aplicando percloruro de hierro y se cubría con apósito seco.

Von Waerz, en 1892, inició la peritonización del muñón cervical, sin embargo, la mayoría de pacientes fallecían por proceso infeccioso; sin embargo, al mejorar la técnica se convirtió en lo más corriente, dejándose la mar-

supialización para los casos de infección o potencialmente infecciosos. Lo anterior fue reforzado por Weiss en 1900.

Reed en 1900 patentizó la importancia de la operación al enumerar las indicaciones de la misma. (6)

- 1) Todos los casos en los cuales, a causa del estado general está indicado la operación cesárea y se necesita extirpar el útero.
- 2) Cuando el niño está muerto y hay infección del útero.
- 3) Atresia intensa de la vagina que impide la expulsión de loquios.
- 4) Cáncer del cuello uterino (Histerectomía completa).
- 5) Atonía uterina o hemorragia incoercible del sitio placentario.
- 6) Casos de rotura uterina en que la sutura no brindaría seguridad.

La primera sugestión para utilizar el procedimiento como método de esterilización fue en 1900, cuando Duncan y Targett, aconsejaron como tratamiento la histerectomía subtotal. En 1904, Wagner, de Chicago, modificó la operación extrayendo el útero, colocando pinzas en los 4 cuadrantes para cohibir la hemorragia y utilizarlas para elevar el muñón cervical, amputaba el útero con el niño dentro y lo evacuaba después de extirpar el útero en forma subtotal.

Lash y Cummings en 1935, revisaron las indicaciones y formularon las siguientes:

- a) Infección.
- b) Anemia Aguda (Hemorragia).
- c) Nefritis Crónica.
- d) Tuberculosis.
- e) En todo caso, que esté indicada la esterilización.

En 1941 Davis indicaba que debería efectuarse la histerectomía en todos los casos necesarios, luego de una cesárea. Hacia 1947, en Chicago, se efectuó la primera electiva, siendo en ese entonces las indicaciones:

- a) terminar la fecundidad por motivos adecuados;
- b) extirpar un útero anormal;
- c) toda mujer en la etapa final de su vida reproductiva por carecer entonces el útero de toda función útil. (6)

Sandburg, Hallot y Hirsch en 1958 la aconsejaron abiertamente como medio de esterilización. Ese año Brunschwig informó de un caso de cáncer cervical incipiente y gestación, resuelto con histerectomía cesárea radical y disección de ganglios.

Hacia los decenios sexto y séptimo, la indicación ha variado notablemente siendo una de las más importantes la esterilización, pero en los últimos años se ha sopesado francamente ya que existen métodos y medios mucho menos peligrosos y de morbilidad menor, como la ligadura tubaria asociada a cesárea, pasando a ser la cesárea histerectomía una indicación sobre todo ginecológica. (6)

DEFINICION. SINONIMIA.

Haremos previamente una consideración al respecto, es el hecho que la cesárea histerectomía es una operación combinada, en la cual se aúnan dos procedimientos, cuya técnica está en relación con el órgano sobre la cual se efectúa pero cuyo fin es totalmente diferente, puesto que una es sobre todo para conservar la función, en tanto la otra es francamente mutilante y, en consecuencia, la combinación de ambas no puede ser otra cosa que mutilante.

Cesárea: operación que consiste en abrir la cavidad uterina con el objeto de extraer el feto y sus membranas y posteriormente el cierre de la herida uterina. Puede ser de acuerdo al lugar de la incisión, segmentaria, corpórea o una combinación de ambas: segmento-corpórea.

Sinónimo: Histerectomía (17).

Histerectomía: extirpación del útero por vía vaginal o abdominal. Puede ser total o subtotal, de acuerdo a la técnica empleada. Se habla de subtotal, cuando una parte del útero se deja en la cavidad abdominal, generalmente el cuello; total cuando, como se indica, se hace resección completa del útero, tanto cuerpo como cuello. (12)

Cesárea-Histerectomía: es el resultado de una combinación de los 2 procedimientos con extracción del feto y sus membranas y extirpación posterior del útero. Este procedimiento puede efectuarse en un solo tiempo o en dos.

Sinonimia: operación de Porro. (16)

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Se hace a continuación una descripción somera de las causas más frecuentes de histerectomía abdominal con útero grávido. (12, 19).

Indicaciones:

I) Durante el embarazo (las menos frecuentes)

Perforación del útero en aborto criminal;
Carcinoma cervical en estado de operabilidad;
Mola penetrante con cuadro agudo de hemorragia interna;
Mioma intraparietal con necrobiosis.

II) Durante el parto

Apoplejía útero-placentaria (síndrome de Couvelaire) cuando el útero no responde a tratamiento médico;
Rotura del útero;
Grave infección amniótica (fisómetra);
Afibrinogenemia;
Mioma intraparietal con necrobiosis;
Carcinoma cervical;
Acretismo placentario;
Hemorragia incontrolable durante o en el post-alumbramiento.

III) Durante el puerperio

Mioma infectado o en necrobiosis;
Coriocarcinoma;
Grave infección: gangrena uterina.

Síndrome de Couvelaire (apoplexia uteri)

En graves casos de desprendimiento prematuro, no sólo se forma un hematoma retroplacentario limitado, sino que se producen al mismo tiempo hemorragias dentro de la pared muscular del cuerpo uterino (apoplejía útero-placentaria) que tienen como consecuencia las más graves lesiones del miometrio, produciéndose la fragmentación de las fibras musculares y la degeneración de su célula. En el síndrome de Couvelaire, el cuerpo del útero muestra en la región serosa una decoloración característica rojo azulada oscura, hasta negruzca.

El cuadro patológico se acompaña de un grave estado de shock, oliguria o anuria. Actualmente se supone que la causa del síndrome es una lesión difusa de la pared vascular con un trastorno del mecanismo de la hemostasis; esto al no responder al tratamiento médico debe ser resuelto inmediatamente en forma quirúrgica (histerectomía).

Rotura Uterina

Una de las principales causas de lesión uterina susceptible de resolverse únicamente con la resección del órgano uterino durante el parto es ésta y la cual puede ser debida a diferentes causas.

Etiología de la rotura uterina en el parto

Causas Predisponentes	Cicatrices quirúrgicas Gran multiparidad Hipoplasia uterina Malformaciones uterinas Raspados repetidos Acretismo placentario
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Causas Determinantes	Roturas Espontáneas	A. Hiperdinamia por obstáculo B. Dinámica normal	Presentación transversa Pelvis estrecha Tumor previo Presentaciones atípicas Estenosis cicatrizal del cuello Hidrocefalia fetal Cicatriz anterior Malformación uterina Embarazo angular
	Roturas Traumáticas	Manipulaciones intrauterinas: versión interna Operación por fórceps, embriotomías Parto obstruido: presentación transversa tumor pélvico Uso incorrecto de Occitocicos	

Manifestaciones de la rotura uterina

Período Prodrómico	Inminencia de rotura	Rotura efectuada
--------------------	----------------------	------------------

Distocia previa; presentación transversa, pelvis estrecha, tumor previo, parto obstinado.	Taquistolia; Contracciones subintrauterinas. Hipertonía.	Primer dolor agudo y violento sobre el útero; luego, cesación de los dolores.
Parto prolongado	Hiperdistensión del segmento inferior: signos de Pándl - Frommel.	"Shock" y cuadro grave de hemorragia intensa.
Hiperdinamia	Feto vivo con alteración de latidos.	Desaparece el perfil abdominal del útero; el feto se palpa con gran facilidad.
	Feto se palpa con dificultad (hipertonía). No hay alteración del estado general, salvo inquietud y angustia. No hay metrorragia.	Desaparecen los latidos fetales. Gran alteración del estado general, colapso, taquicardia, palidez, rasgos faciales afilados, enfriamiento de las extremidades. Sudoración fría fina.

Pronóstico: fetal: muy ominoso; puede sobrevivir en las roturas bajas incompletas.

Materno: el diagnóstico oportuno permite salvar vidas.

Antiguamente el 60% fallecía.

Actualmente el 25% fallece.

Tratamiento: A: Suturar la bracha uterina.

B: Histerectomía.

Procesos Sépticos Uterinos

Puede ser infección preparto, intraparto y del puerperio, especialmente la amnioititis es causa frecuente de histerectomía como tratamiento salvador en aquellos casos en donde la localización de la infección es circunscrita al órgano interno femenino; los gérmenes causales son variados y generalmente se menciona entre los más comunes al estreptococo, estafilococo, enterococo, colibacilo, proteus, clostridium welchii, éste último produce las formas más graves con hemólisis e insuficiencia renal aguda.

El tratamiento dependerá de la severidad del proceso, intentándose en varios casos el tratamiento médico, exceptuando los casos del clostridium en el que el tratamiento quirúrgico se impone de inmediato.

Leiomioma y Embarazo

Influencia del embarazo sobre el leiomioma.

La gravidez suele producir modificaciones en su forma, tamaño y consistencia y localización. Aumentando de volumen en relación con la hipertrofia e hiperplasia de la fibra uterina. Su consistencia se hace más blanda por

impregnación edematosa y la congestión de los órganos pelvianos y su localización puede modificarse por la rotación fisiológica del útero grávido. Pueden surgir variadas complicaciones, la más común es la necrobiosis aséptica parcial o total (mioma rojo). Es posible también la torsión de un mioma pediculado. Otras complicaciones son la degeneración grasa, supurativa y la calcificación.

Influencia del leiomioma sobre el embarazo

Puede condicionar de acuerdo a su topografía, embarazo extrauterino así como inserciones bajas de placenta. La disminución de tamaño de la cavidad uterina por grandes miomas podría justificar el escaso desarrollo y ocasionalmente muerte fetal, así como también situación transversa y determinadas presentaciones viciosas, en especial cuando se trata de tumores previos.

Durante el trabajo de parto es frecuente las alteraciones de la contractilidad, oligosistolia o hiposistolia, en el alumbramiento es frecuente la retención parcial por adherencia anormal de cotiledones y menos a menudo, el acretismo placentario.

En el post-alumbramiento, la inercia puede condicionar la aparición de hemorragias intensas y durante el puerperio, metrorragias tardías, loquiometras, infección e inversión uterina.

El pronóstico está condicionado al tamaño del tumor, su localización y eventuales complicaciones; puede presentar incluso una mortalidad materna de 2 a 4 %.

Su tratamiento dependerá de su evolución y el momento en el cual interfiere con la fisiología normal del embarazo, así tenemos que en un momento dado, puede ser causa directa de cesárea y miomectomía y dependerá de mu-

chos factores para que el tratamiento sea traducido en un solo tiempo en cesárea histerectomía.

Hematomas pélvicos o retro-peritoneales:

También son causa de histerectomía y se asocian frecuentemente con roturas uterinas espontánea y/o yatrogénicas, incluyendo la misma cesárea que fácilmente puede dar origen a un hematoma pélvico disecante, cuyo tratamiento será la histerectomía. Los más frecuentes son los hematomas intraligamentarios.

Cáncer del cérvix y embarazo:

Sólo diremos algo con respecto a su frecuencia, la cual es diferente según la experiencia de las maternidades (incluyendo control de papanicolau y seguimiento de las pacientes). Así tenemos: un caso cada 23,670 embarazos (0.004 %); o de los centros oncológicos, 2.26% sobre 1,237 carcinomas cervicales. En el Instituto de Radium Hemmet, la frecuencia es de 3.33 %.

En términos generales, el porcentaje del carcinoma es bajo en la época de mayor fertilidad genital. La edad media de carcinoma-embarazo de 31.8 años; mientras que el carcinoma sin embarazo ha sido de 48.3 años.

En cuanto al pronóstico, se ve agravado en el retardo del diagnóstico. Lo agrava aún más la resolución de la gravidez por vía vaginal (parto o aborto), ya que va a favorecer muchísimo la extensión y propagación de la lesión. Su tratamiento como principio fundamental es prescribirlo como si no hubiera embarazo.

Feto no viable: tratamiento igual que para el carcinoma en paciente no embarazada.

Casos operables: histerectomía amplia o radical según el caso.

Casos inoperables: Curie y Roentgenoterapia. Se iniciará radio intravaginal e intracervical que provocará el aborto, luego aplicación intrauterino.

Hay ciertos casos que dependerán de lo cercano, de la viabilidad y el deseo del hijo para determinar el tratamiento.

Feto viable: Casos operables: cesárea-histerectomía.

Casos inoperantes. Cesárea seguida de curieterapia luego roentgenoterapia.

Hemorragias internas de alumbramiento antes de la expulsión de la placenta:

Llamadas también hemorragias intensas de desprendimiento. Si la placenta sólo se desprende parcialmente de su superficie de implantación, se producen intensas hemorragias de desprendimiento. Las causas de desprendimiento placentario pueden ser:

Funcionales: Atonia uterina
Placenta adherente.

Anatomo-patológicas: Acreta o increta.

Quien más problema da es la increta o acreta la cual es sumamente rara; según Stoeckel se observa en 1:6000 casos. Faltan la capa esponjosa y la compacta, es decir la decidua basal,

Técnica Quirúrgica:

La técnica llamada Cesárea Histerectomía, puede ser cirugía de urgencia o cirugía electiva. La determinación de cada una de las mismas, está dada por las circunstancias en que se presente la paciente y en la evolución que tenga el trabajo de parto y el acto quirúrgico, sobre todo en las primeras indicaciones, en cuanto a la segunda es un hecho muy importante indicar que en muchos lugares la indicación principal de la operación, es la de esterilizar a la paciente.

La evolución de la operación a través de los años, desde que fue efectuada la primera nos muestra las diferentes indicaciones y sus variaciones a través del tiempo. Se observa además que el acto quirúrgico en sí ha variado, tomemos, por ejemplo, el siguiente cuadro que nos ilustra 3 diferentes técnicas. (6, 16).

PORRO	MULLER	TAYLOR
Incisión Abdominal	Incisión Abdominal	Incisión Abdominal
Abrir el útero, extraer al niño y la placenta.	Sacar el útero de la cavidad abdominal.	Abrir el útero y extraer exclusivamente al niño.
Ligar el útero con cuernudos y extirparlo.	Ligar el útero con cuernudos o lazo de metail.	Ligar el útero con cordón resistente o de pes-car de manera pasajera.
Fijar el pedículo a la herida abdominal.	Abrir el útero, extraer el niño y la placenta.	Sutura de zapatero 2.5 cms por abajo, para cierre permanente.
Tubos de drenaje por el fondo del saco de Douglas.	Fijar el pedículo o el muñón a la herida abdominal.	Extirpar el útero con la placenta con tijera y bisturí.
	Tubos de drenaje por el fondo del saco de Douglas.	Dejar el pedículo en la cavidad abdominal, no se dejan drenes.

Países en que se efectuó las primeras 50 operaciones cesáreas con ovariectomía e hysterectomía (6)

Países	Número de casos
Italia	23
Austria	11
Francia	7
Alemania	4
Estados Unidos	2
Bélgica	2
Suiza	1

Hacia 1922, las indicaciones de la operación pasaron a ser las siguientes:

- 1) Operación cesárea e hysterectomía por la vía de acceso abdominal, utilizando la técnica de Freund.
- 2) Operación cesárea y sutura de la incisión uterina con cierre de la herida abdominal. Después hysterectomía vaginal para el cáncer.
- 3) Operación cesárea seguida de hysterectomía supracervical. Cierre de la herida abdominal. Extirpación vaginal del cuello uterino.
- 4) Operación cesárea vaginal seguida de hysterectomía vaginal para la lesión.
- 5) Panhysterectomía con extirpación del útero intacto. El niño y las membranas se extraían después de la hysterectomía.

Las indicaciones, como habíamos dicho anteriormente,

así como los métodos de extirpación quirúrgica se han ido modificando en las diferentes épocas. Anteriormente la indicación principal era la sepsis pero ésta ha ido desapareciendo casi totalmente ya que se denomina con tratamiento médico. Williams la señaló en 1921 como la principal, sin embargo, Briscoe en 1944 indicaba que había dejado de ser la más frecuente. En 1952 Kobuk la había eliminado por completo. (6, 16)

Bradbury, en el Western Journal of Surgery en 1955, indicó algunas mejoras en la técnica quirúrgica algunas de las cuales aún subsisten.

Valerse de la vía de acceso del fondo de saco de Douglas, lo cual permite extirpar el cuello uterino con menor manipulación de la vejiga.

Sutura continua entrelazada con catgut crómico 00 en el fondo de manguito vaginal, que permite regular mejor la vascularidad.

Coaptación de los ligamentos úterosacros para cerrar el fondo de saco vaginal posterior y disminuir la posibilidad de enterocele.

Fijación de los ángulos de la vagina a los ligamentos cardinales, aspecto muy importante, dado que la retracción de tejido vaginal es frecuente después de la cesárea, el cirujano debe cerciorarse de incorporar este tejido de manera adecuada.

La suspensión de los ovarios a los ligamentos redondos y no en el fondo de saco o en el manguito vaginal, impide la dispareunia post-operatoria.

H. L. Riva propone dentro de las indicaciones de cesárea histerectomía las siguientes: (15)

- 1) Hemorragia uterina incoercible o hematomas voluminosos después de cesárea.
- 2) Utero miomatoso que por el estado del mismo exige histerectomía.
- 3) Cicatrices anormales por operaciones previas, miomectomías o resección de trompa de Falopio en su nacimiento con rotura o sin ella y ruptura no concomitante con embarazo previo sino con traumatismo externo o espontáneo.
- 4) Carcinoma del útero tipo I o in situ.
- 5) Placenta acreta, descubierta al operar.
- 6) Estenosis cervical o vaginal.
- 7) Sepsis intraparto fulminante o no susceptible de dominarse.
- 8) Estados médicos que no conviene que continúe la menstruación.

Comentando las diferentes indicaciones observamos que las causas de hemorragia más frecuentes es que se trate de un desprendimiento de placenta asociado a útero de Couvelaire y en casos aislados de placenta previa central total en que es mucho más fácil lograr la extracción y cohibir la hemorragia, sin embargo, debe considerarse mucho la paridad de la paciente, sobre todo en grandes multíparas en las cuales hay atonía uterina asociada. La indicación, sin embargo, más frecuente en los últimos años ha pasado a ser el acretismo placentario observado con mayor frecuencia al aumentar el número de cesáreas, y que cuando no es parcial o focal, exige cesárea histerectomía. (16)

En cuanto a la presencia de miomas es una indicación muy relativa siendo indicada en especial si bloquean la pelvis. En otros casos se observará la operación cuando la miomectomía durante la cesárea ha fracasado. Es decir que el útero miomatoso no es una indicación en sí ya que la miomectomía es un procedimiento mejor en un período posterior al parto ya que involucionan los mismos y es mucho más fácil, sobre todo más satisfactorio para pacientes que deseen tener más hijos. Algunos autores la consideran obligada en caso de útero miomatoso infectado, sobre todo en mujeres que tienen varios hijos.

Para H. L. Riva en la ruptura uterina se justifica en alguno de los siguientes casos: (15)

- a) Ruptura espontánea con útero indemne.
- b) Ruptura espontánea del útero dañado, por miomectomía, legrados, resección de astas de trompa de Falopio, del ovario o ambos, enfermedad anexial de tipo inflamatorio, neoplásico, endometriótico o de embarazo ectópico.
- c) Ruptura traumática de origen externo e interno.
- d) Ruptura por administración de occitocicos.
- e) Ruptura por cesáreas anteriores descritas como traumáticas, espontáneas, silenciosas, dehiscencia manifiesta o encubierta.

Una observación que se puede hacer es que la existencia de cicatrices anteriores no es necesariamente indicación del procedimiento, en cuanto a las rupturas la que lo exigen con mayor frecuencia es cuando es total sobre todo después de cesárea clásica. Las rupturas traumáticas pueden ser indicación, pero cuando se trata de dehiscencia

de cicatriz anterior es poco frecuente. En algunos casos de extracciones previas difíciles que se acompañaron de morbilidad importante de madre o mortalidad del feto, en casos de histerografía postparto que evidencie mala cicatriz en grandes multíparas.

En cuanto al cuadro infeccioso, rara como indicamos, deberá serlo cuando se observa en la paciente con abscesos múltiples y pequeños en la pared uterina, susceptible de ocasionar shock endotóxico, a pesar del tratamiento con antibióticos. (16)

Los procesos neoplásicos son indicación de la operación cuando sus márgenes quirúrgicos son adecuados como en el cáncer cervical tipo 0 o I, que se acompañará de operación radical, colpectomía radical o subtotal y disección de ganglios pélvicos. Algunos autores consideran al cáncer del ovario y para otros el cáncer mamario metastásico durante la gravidez. (16)

Existen otra serie de factores no señalados anteriormente, entre ellos cuando la presentación es de hombros, en los casos descuidados sobre todo en los infectados. Situación poco frecuente y que puede ser factible de optar por cesárea simplemente. Pero entre las que más controversia presenta está cuando se efectúa como proceso de esterilización, sobre todo en pacientes con cuatro o más cesáreas anteriores con éxito, pero que debemos indicar que sólo si es para impedir gestaciones, es mucho más sencillo hacer salpingectomía parcial con incidencia de menor mortalidad. Además la perforación uterina traumática por heridas de bala o lesiones por accidentes de tránsito, exigen algunos casos de histerectomía cesárea.

Sin embargo, esta es una sola visión del acto quirúrgico, ya que Víctor Ruiz Velasco las divide en Absolutas, Relativas y Electivas (16).

ABSOLUTAS	RELATIVAS	ELECTIVAS
A) Sangrado	A) Cicatrices uterinas en mal estado o número abundante	Cicatrices uterinas (número determinado)
Ruptura uterina o dehiscencia de cicatriz previa	Cesáreas	Razones psiquiátricas
Apoplejía útero placentaria	Operaciones ginecológicas	Várices recidivantes de miembros inferiores
Placenta previa en cicatriz	B) Tumores uterinos	Voluntaria
Acretismo placentario	Cáncer del cuello	
Atonía post cesárea incontrolable	C) Miomatosis uterina	
B) Infección	D) Tumores ováricos	
C) Accidentes operatorios durante operación cesárea	E) Prolapso uterino	
	F) Problemas cervicales	
	G) Amputación, leucoplasia	
	H) Hipofibrinogenemia	
	I) Várices uterinas	
	J) Toxemia grave a rep.	
	K) Cardiopatía	
	Nefropatía	
	Diabetes	

Entre las razones que expone éste autor para las causas anteriormente enumeradas, están que cuando hay ruptura uterina o dehiscencia de cicatriz uterina debido a su extensión, en sentido transversal puede afectar los vasos uterinos o el ligamento ancho o hacia arriba por la incisión vertical a lo largo del útero. Aunque debemos recordar que la simple dehiscencia de la cicatriz uterina no es indicación de histerectomía. Estos accidentes operatorios consisten principalmente en desgarros o laceraciones en los extremos de la incisión especialmente hacia los varos uterinos o ligamentos anchos o hacia el cuello o fondo, o cuando se producen estallamientos del segmento al exteriorizar la cabeza fetal que deja heridas en forma imposible de suturar. (16)

En relación al acretismo placentario este problema se ha ido intensificando, puesto que el estudio histopatológico de las piezas uterinas ha ido demostrando esa entidad. (16)

La atonía uterina incontrolable, viene a ser un hecho que se presenta en un número de casos mucho menor debido a que responde a los oxitocicos y será probablemente los casos debidos acretismo placentario, a deficiencias técnicas de sutura o a traumatismos uterinos no detectados.

En cuanto al cuadro infeccioso raro en la actualidad puede ser desencadenado por amnioititis, indicación de cesárea en algunos casos y en los cuales se acompaña de histerectomía debido a que es preferible reseca en bloque cuando la sospecha de infección severa es fuerte y no cuando las condiciones generales de la paciente no lo permitan. (16, 17)

Las indicaciones relativas deben sopesarse precisamente para efectuar el procedimiento, comprendiendo sobre todo después de miomectomías, plastias por malformacio-

nes congénitas o adenomiosis. En cuanto a los miomas uterinos son indicación del procedimiento únicamente cuando son múltiples y necesitarán cirugía posterior, haciendo la salvedad que es con el fin de evitar una intervención posterior. (16)

El resto de operaciones deberán sopesarse en cada caso en particular.

Las indicaciones electivas quedan sobre todo reducidas principalmente a la esterilización, utilizando frecuentemente en países anglosajones, por problemas psiquiátricos para evitar una nueva gestación, várices inferiores recidivantes o pacientes con tres o más cicatrices previas. En estos casos, sin embargo, debe considerarse que los mismos pueden resolverse por otros procedimientos tanto médicos como quirúrgicos, que representan menos morbilidad.

Con relación al tipo de histerotomía, vendrá determinado por el caso aunque generalmente, el tipo de incisión que se prefiere es a nivel del segmento uterino, tipo Kher, por ofrecer menor número de complicaciones, sin embargo, algunos autores refieren que puede utilizarse de tipo corpórea según las dificultades de accesibilidad, tumores uterinos, neoplasias cervicales o placentas de inserción baja o placentas previas. (4, 6, 9, 16, 17)

En relación al tipo de histerectomía, puede ser total o sub-total determinando esta actitud una serie de circunstancias entre las cuales debemos de considerar: (16)

- 1) Operación programada o no.
- 2) Indicación pre-operatoria.
- 3) Presencia de afección pélvica.
- 4) Estado general de la paciente.
- 5) Necesidad de acto quirúrgico rápido.

- 6) Recursos hospitalarios: anestesia, instrumental, laboratorio, banco de sangre.
- 7) Antecedentes quirúrgicos previos de la paciente, tanto pélvicos o uterinos.
- 8) Capacidad y técnica del cirujano.
- 9) Complicaciones trans-operatorias.

El hecho de que la operación haya sido planificada o no, nos permitirá de antemano evaluar la técnica quirúrgica, desde la operación cesárea, hasta el tipo de histerectomía y el cierre o no de la histerotomía. (16)

Otro factor influyente será sin duda la enfermedad indicativa de la operación, puesto que un proceso séptico no será igual que un proceso neoplásico cervical, en el cual se hará una cesárea corpórea clásica y luego una histerectomía amplia tipo Wertheim.

En situaciones en que la paciente, por ejemplo, presenta un estado general precario, pésimo estado nutricional, o que durante el acto quirúrgico presente hemorragia severa con hipovolemia concomitante, será más sencillo efectuar una técnica simple o incluso con menor mutilación de tejido para apresurar el acto operatorio. Lo cual incidirá en menor morbimortalidad de los casos atendidos.

Además las condiciones técnicas con que se trabaja son de mucha importancia, ya que en ocasiones no pueden efectuarse mejores procedimientos por déficit de equipo o material adecuado para cada uno de los actos operatorios. Sin olvidar tampoco la capacidad del cirujano ya que algunos procedimientos sólo pueden ser efectuados por manos experimentadas y no debe de empeñarse demasiado cuando la capacidad no lo permite.

Hacemos ahora una consideración sobre las ventajas de una histerectomía total sobre una subtotal: (16)

- 1) Evita la aparición de cáncer en el muñón residual.
- 2) Evita procesos inflamatorios post-operatorios del cuello uterino.
- 3) Suprime procesos traumáticos cervicales posteriores.
- 4) Evita dolores residuales. Dispareunia.
- 5) No hay prolapsos del muñón cervical.
- 6) Hay menos sangrado de la cúpula vaginal en el post-operatorio, que del cuello.

Sin embargo, la histerectomía subtotal posee otra serie de ventajas, pudiendo mencionarse: (6, 7, 13, 16)

- 1) El riesgo de lesión a la vejiga o al uréter es menor.
- 2) El tiempo de operación es más reducido, lo cual es de importancia en pacientes en malas condiciones.

FRECUENCIA, PRONOSTICO Y COMPLICACIONES

El pronóstico y las complicaciones de este tipo de intervención han ido variando tanto como la técnica a través del tiempo.

Las mismas van desde los problemas de hipovolemia, sepsis de la paciente y en muchos casos sobre todo antes y al principio de este siglo: la muerte.

El primer caso operado por Horatio Storer, en 1869, falleció la paciente a las 68 horas post-operatorio. En 1876 Eduardo Porro, operó por primera vez con éxito. De las primeras 50 operaciones efectuadas, se reporta que 21 madres salvaron la vida para un promedio de 42% y que 43 recién nacidos para un 86% nacieron vivos. (6)

En 1922 J. W. Harris informó de 64 casos de 223 operaciones cesáreas en el Hospital John Hopkins con una mortalidad de 4.68% de las cuales 18 fueron para esterili-

zación. En 1945, Wilson indicó una frecuencia de 8.7 por ciento y Reis y De Costa, en 1947, un 2.5 % entre 25,000 cesáreas. En 1947, se informó de 19% en 736 operaciones. (6)

Barclay hace una revisión de 1,000 cesáreas histerectomía en un período de 21 encontrando un promedio de 15.3 % con 12.1 % electivas y 3.2 % de urgencia. (4)

Cesárea Histerectomía según Barclay

Años	Nacimientos	Cesáreas	Cesárea Histerectomía
1938 - 44	36,094	661	78 (11.8%)
1945 - 51	64,031	1,896	248 (13.1%)
1952 - 59	95,384	4,052	674 (16.6%)
Total	195,512	6,609	3.4-1,000 (15.3%) %)

Para Adeleye, en 12 años en Ibadan, Nigeria, de un total de 20,237 nacimientos, operó a 42 pacientes con Cesárea Histerectomía. (2)

La edad de la paciente es algo que está en relación a la frecuencia de la operación ya que su mayor porcentaje es en la etapa fértil de la mujer, 70.5% entre 26 a 40 años. (4)

En cuanto a la paridad de las pacientes, 82.6% tenían más de 2 partos y el 25.7% más de 6 partos, esto según Barclay (4), pero para Adeleye, sólo se efectuó 1 en primigrávida y un 26.2% en pacientes con más de 3 partos.

En relación al tipo de histerectomía, la cual puede ser

sub-total o total, esta última más frecuente en los años recientes debido a que se programa mayor número de operaciones y se cuenta con mejores medios de tratamiento. Sin embargo, en muchas regiones, se utilizan sub-totales por las malas condiciones en que se presentan las pacientes. (4, 16)

Barclay	Sub-total	Total	
1938 - 44	76	2	78
1945 - 51	208	40	248
1952 - 59	27	647	674

Otros autores presentan totales francamente diferentes como podemos observar: (2, 13, 14, 16)

	Sub-total	Total
Rodríguez Velasco	97 %	3 %
Montangue: Indicadas	70.4 %	29.6 %
Electivas	46.6 %	54.4 %
Dosal	43.0 %	57.0 %
Schreiber	50.0 %	50.0 %
O'Leary y Steer	24.2 %	75.8 %
Ward y Smith	5.0 %	95.0 %
Ruiz Velasco	14.3 %	85.7 %
Adeleye y col.	33.3 %	66.7 %

De las indicaciones de cesárea-histerectomía, las hay de urgencia y electivas. Siendo, según Barclay, en su mayor porcentaje (80 %) electivas y el resto (20 %) de urgencia. (16)

Entre las electivas el mayor porcentaje, está dado por cicatriz uterina defectuosa, (291 = 36.4%) descrita como cicatriz que era avascular, que incluso permitía ver al feto y en algunos casos, sólo recubierto por el peritoneo vesico-uterino. La esterilización ocupa el segundo lugar

con 269 operaciones para 33.6% y los fibromas uterinos un 15% o sea 120 operaciones, haciendo entre ellas un 85% de los casos (16).

Para Adeleye, en Africa, de 42 operaciones efectuadas, sólo 1 fue electiva (2.3%) en un caso de Cáncer del cérvix, el resto fueron de urgencia, esto es debido a que estos pueblos tienen en mucho valor la menstruación. (2)

Es de hacer notar que el 45% de las pacientes de el estudio de Barclay fueron primigrávidas en las cuales la indicación más frecuente de la cesárea fue desprendimiento prematura de placenta 21.8%; desproporción céfalo-pélvica 11.8%; placenta previa con 10.9% e inercia uterina con 10.2%. En todas estas y las complementarias estaba indicada la cesárea, pero se deduce que hay ocasiones en que se debe ser radical en el sentido de extirpar un órgano para salvar la vida de la paciente, aún a costa de la esterilidad posterior. (4)

Las complicaciones observadas durante el acto quirúrgico son de diversa etiología y las podemos dividir en transoperatorias y postoperatorias.

Según Barclay las transoperatorias son: (4)

Ninguna	90 %
Hemorragia excesiva	5.9 %
Lesión vesical	4.2 %
secundarias a adherencias por cesárea previa	
Electivas	4.1 %
Urgencia	0.1 %
Lesión ureteral	0.4 %
Electivas	0.2 %
Urgencia	0.2 %
Diversas	1.5 %

Para Abe Mickal, Begneaud y Hawes (11) de 384 operaciones un 77% fueron sin complicaciones y 23% de gravedad variable. (16)

El problema más frecuente fue hipotensión en pacientes con hemorragias del 3er trimestre o por ruptura uterina. De ellas más del 50% fue en operaciones electivas. En 20 casos (5.2%) hubo desgarro vesical reparado intraoperatorio, en 1 caso presentó fístula vesico-vaginal y 2 fístulas vesico-vaginales por desgarros no advertidos. Luego el hematoma del ligamento pélvico. Hay 2 casos de lesión intestinal, 4 casos de prolongación de la herida hacia los vasos uterinos, un caso de lesión ureteral.

Para Hoffmeister la causa principal de complicaciones fue la hemorragia, una de cuyos casos fue por soltarse la ligadura de la arteria uterina, luego de disminuir el edema. (9)

En la serie de Maurice Abitbol de 7 pacientes operadas todas con diagnóstico de Cáncer del cérvix in situ (por papanicolau) todas electivas, no hubo ninguna complicación. (1)

Dentro de las complicaciones post-operatorias en varios casos van relacionadas estrictamente con el acto quirúrgico, por ejemplo: Abe Mickal y col., refiere que en 53.4% fueron negativas y el resto un 88% fueron complicaciones menores y 12% mayores que incluso requirieron cirugía posterior. (11)

La causa más frecuente fue la infección urinaria con 28.1%, infecciones de la cúpula vaginal 14%, atelectasia 4.9%, infección de la herida operatoria 4.4%, íleo paralítico, 2.8%, dehiscencia herida operatoria y hemorragia de la cúpula vaginal 2.6% cada una, siendo el resto entre fístula vesico vaginal, tromboflebitis, reacción transfusional. (11)

Charles Easterday en una serie de 113 casos, encontró que 14 pacientes presentaron fiebre de 38° C. o más, 3 hematomas pequeños de la herida, una embolia pulmonar y 2 nefrostomías por obstrucción ureteral. (7)

Barclay, refiere que 49.7% no tuvieron ninguna complicación, siguiéndole en orden de frecuencia un 15.7% de infecciones urinarias, 5.8% de infección de herida operatoria, íleo paralítico 5.7%, hemorragia post-operatoria 3.7%, absceso pélvico 3.8%, atelectasia 3.1%. (4)

Para Adeleye, la sepsis genital y sus secuelas fueron las causas principales de morbilidad post-operatoria, sin embargo, es de hacer notar que varias de ellas, llegaron, con varios días de membranas rotas. (2)

Para Bayley y Crisp, de 108 pacientes operadas, 60 de ellas (56%) no tuvieron ninguna complicación; 44... (40.7%) complicaciones menores y 4 (4.3%) complicaciones mayores.

Dentro de las complicaciones mayores fueron un hematoma pélvico, absceso de herida operatoria, fístula vesico-vaginal, dehiscencia de herida operatoria.

Para Mickal, Begneaud y Hawes, de 284 operaciones efectuadas entre 1959-1968, 53.4% no tuvieron complicaciones, el resto presentó infección urinaria, infección de cúpula vaginal, etc.

Dentro de las indicaciones más frecuentes, según los diferentes autores tenemos:

Dehiscencia o ruptura	4.5 %	26.8 %	10.3 %	14.3 %	25.1 %	52.1 %	35.6 %
Apoplejía útero placentaria	9.6 %	10.3 %	10.3 %	22.4 %	22.9 %	6.4 %	7.1 %
Placenta previa	1.5 %	11.2 %				5.2 %	7.1 %
Acretismo placentario	0.3 %	1.4 %	20.6 %	6.1 %	5.2 %	8.4 %	25.0 %
Atonía uterina	1.5 %	14.9 %			5.7 %	3.3 %	7.1 %
Infección	7.4 %		6.9 %			4.1 %	7.1 %
Accidentes operarios	2.6 %	5.2 %	10.3 %	8.1 %	23.7 %		3.5 %
Cáncer	1.8 %	5.9 %		8.1 %	11.8 %	10.8 %	3.5 %
Miomas	12.0 %	33.6 %	34.4 %	36.7 %		11.7 %	
Electivas y otras	58.8 %	18.8 %	7.4 %	4.3 %	2.9 %		

Observamos que la mayoría de casos fue debida a miomas, ruptura uterina y electivas.

En relación a la frecuencia de cesárea histerectomía con relación a la cesárea varió entre 28.7 % para Harris y 0.35 % para Aure y Agüero. (16)

Autor	Hospital	% de C. Hist.
Harris	John Hopkins	28.7 %
Barclay	New Orleans Charity	15.3 %
Davis y Mckeown	Chicago Lying-In	13.4 %
Monahan	John Hopkins	11.3 %
D'Esopo	Sloane	11.3 %
Wilson	Rochester	8.7 %
Dieckman	Chicago Lying-In	8.0 %
Reiss	Michael Reese	6.3 %
O'Leary y Steer	Sloane-Privadas	5.5 %
O'Leary y Steer	Sloane-Generales	5.7 %
Douglas y Stromme	New York Lying-In	4.2 %
Irving	Boston Lying-In	2.0 %
Wilson	Margaret Hage	1.8 %
Aure y Agüero	Maternidad "Concepción Palacios"	1.1 %
Dosal	Maternidad No. 1 "I.M.S.S."	0.35 %
Dosal y Mondragón	Maternidad No. 1 "I.M.S.S."	1.1 %
Castelazo Ayala	Maternidad No. 1 "I.M.S.S."	0.85 %
Ruiz Moreno y col.	Hospital Central Militar	1.25 %
Ruiz Velasco y col.	H.G.O. No. 3 "I.M.S.S."	1.31 %

(4, 13, 14, 16)

ANESTESIA

Los anestésicos pueden ser generales de tipo volátil y no volátil, estos últimos intravenoso o intra-muscular o de bloqueo regional.

Dentro de los de tipo gaseoso tenemos el óxido nítrico que es el más utilizado de todos, pero debe tomarse en cuenta que se necesitan muy grandes dosis y pueden provocar asfixia, debiendo utilizarse un depresor del sistema nervioso central, como tiopental sódico, halotano y un buen relajante muscular.

El ciclopropano de acción rápida, su problema es ser inflamable. Se puede regular fácilmente la profundidad de la anestesia y se asocia a relajantes musculares. Es útil en pacientes que han recibido hipnóticos. En cuanto a la depresión del neonato se ha sobreestimado, el Apgar de éstos niños suele ser bueno.

El halotano es útil en cesárea histerectomía combinado con óxido nítrico y un relajante muscular. Se le acusa que asociados los oxitócicos no responde el útero adecuadamente, además su hepatotoxicidad lo hace proscrito en pre-eclampsia o eclampsia por la hepatitis e insuficiencia renal (Síndrome Hepato-Renal). (3, 10)

Se afirma que la mayoría se eliminan sin modificación, exceptuando el tricloroetileno y el halotano, los cuales se eliminan hasta 20% por vía renal. En cuanto a la degradación en los niños es semejante a los adultos y será de acuerdo a su dosis y potencia del fármaco.

Entre los no volátiles pueden ser utilizados I.M. I. V. o P.O.; son eliminados por vía renal y atraviesan la barrera placentaria, inhibiendo el aparato respiratorio del niño. Está el paraldehído, el cloral y narcóticos como la avertina. (3)

Entre los intravenosos tenemos los barbitúricos de acción breve como el tiopental, hexobarbital, tiaminal, el metoxital, utilizados como auxiliares de anestesia. No deben utilizarse en casos de premadurez porque son muy sensibles a los narcóticos e hipnóticos. Pueden producir un espasmo laríngeo a menos que esté intubada la paciente.

En cuanto a los bloqueos regionales, pueden ser utilizados dos tipos de raquianestesia y la epidural. Se utilizan sobre todo las amidas como la lidocaína, mepivacaína y la prilocaína, son más estables e incluso atraviesan la barrera placentaria, metabolizándose en la misma manera en madre y feto (3).

La raquianestesia es muy efectiva en cesáreas, sin embargo, entre las complicaciones más temidas está la hipotensión a la que se asocia generalmente debido a la disminución del retorno venoso al corazón, dilatación del lecho vascular venoso y de las arteriolas. Se mejora con vasoconstrictores, pero pone en peligro la estabilidad del feto. La otra es cefalea muy frecuente, además de meningitis y algunos casos de parestesias y parálisis de miembros inferiores por lesión de la cola de caballo. (3, 10)

La epidural es un tipo de anestesia que bloquea los nervios raquídeos al pasar por el espacio peridural entre la duramadre y el periostio del conducto raquídeo. Posee la ventaja de que se puede prolongar la anestesia por mayor tiempo, disminuye el peligro de hipotensión ya que la misma se presenta en un tiempo mayor, disminuye la frecuencia de cefaleas, meningitis y mielitis. (3, 10)

Entre sus complicaciones está su mayor dificultad para la técnica, peligro de introducción del fármaco en el espacio sub-aracnoideo con parálisis respiratoria o paro cardíaco. Hipotensión e incluso inyectarse en el plexo

venoso que se asocia a convulsiones, parálisis o paro cardíaco. Sin embargo, es la anestesia ideal.

III. MATERIALES Y METODOS

Se efectuó una revisión de los libros de Sala de Operaciones General y del Departamento de Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios", en los cuales se encuentran registradas las pacientes a quienes se les efectuó el procedimiento, durante un período de 5 años comprendidos entre Marzo de 1969 a Marzo de 1974.

Se realizó el análisis de las papeletas correspondientes, encontrándose 10 casos de Cesárea Histerectomía en un solo tiempo, en 1,264 cesáreas para un porcentaje de 0.79 %.

Se evaluó la indicación del procedimiento tanto en nuestros casos como una revisión de la literatura mundial al respecto de la misma. Además de un estudio de las complicaciones y la anatomía patológica.

IV. RESULTADOS

Edad	Número de Pacientes	Porcentaje
16 - 20	0	0
21 - 25	1	10 %
26 - 30	4	30 %
31 - 35	1	10 %
36 - 40	3	30 %
41 - 45	1	10 %

Observamos en el cuadro anterior que el mayor número de las operaciones, fue efectuado en pacientes comprendidas en la edad de mayor fertilidad de la mujer, y que en nuestro medio siempre se asocia a la existencia de embarazos previos, sin dejar de resaltar que otro porcentaje también alto fue en pacientes de edad mayor en las cuales la paridad es mayor, siendo esta una de las causas predisponentes para accidentes o lesiones uterinas que requieren cirugía mutilante.

Historia Obstétrica:

Gestas	Partos	Abortos	Cesáreas
3	0	0	2
4	1	0	2
3	1	1	0
4	2	1	0
6	5	0	0
6	5	0	0
10	6	3	0
7	5	1	0
12	9	2	0
1	0	0	0

De las pacientes intervenidas quirúrgicamente, sólo 2 de ellas tenían cirugía uterina previa (cesáreas), siendo el resto pacientes que habían tenido partos eutócicos anteriormente y sólo una de ellas no, siendo una paciente primigesta añosa, con múltiples fibromas uterinos. La mitad de las pacientes eran multíparas con un número de 5 embarazos o más, lo cual nos hace pensar que se la multiparidad una predisposición a lesiones uterinas que se resolverán por este procedimiento, dado el pésimo estado del órgano uterino.

Tiempo de Trabajo de Parto	Modificación de cuello	Edad de Embarazo	Membranas	Situación, Presentación, Posición, Variedad de Posición:
0 horas	2 cm formado	26 S x UR	Rotas	OIIA
0 horas	1 cm	37 S x UR	Enteras	OIIA
No referido	3 cm	36 S x AU	Rotas	OIDA
1 h. 30 min.	4 cm	31 S x UR	Rotas	SIIA
3 horas	4 cm	30 S x AU	Rotas	AIIDA
5 h. 45 min.	3 cm	39 S x UR	Rotas	OIIA
6 horas	3 cm	40 S x AU	Enteras	OIIA
12 horas	1 cm	33 S x UR	Rotas	OIIA
12 h. 30 min.	10 cm	40 S x AU	Enteras	OIIP
30 horas	11 cm	39 S x UR	Rotas	OIIT

El trabajo de parto no fue mayor que los límites aceptados, en el 90% de las pacientes, e incluso en 3 de ellas no hubo trabajo de parto o fue irregular. El único caso con tiempo de trabajo de parto prolongado y que se asoció a ruptura uterina, fue una paciente que ingresó en malas condiciones y que refería este tiempo de trabajo de parto. El 60% de las pacientes tenían una edad de embarazo comprendida entre las 37 y 40 semanas. El 40% de las pacientes tenían embarazos menores de 33 semanas, los cuales hubo que resolver así por el cuadro patológico que presentaban. Una de ellas en situación podálica en quien se sospechaba ruptura uterina la cual fue comprobada y otra con inducción fallida y membranas rotas.

El 80% de las presentaciones fueron cefálicas y sólo el 20% fueron en otra situación.

Indicación y Tipo de Histerotomía

Utero de Couvelaire	
Amnioitís	Segmentario tipo Kerr
Cáncer del Cérvix in situ	Corpórea
Ruptura Uterina	Corpórea
Ruptura Uterina	Segmentaria tipo Kerr
Transversa Abandonada	
Amnioitís	Corpórea
Desprendimiento Prematuro de Placenta	Segmento-Corpórea
Fibroma Uterino	Segmentaria tipo Kerr
Trabajo de Parto Prolongado	
Inminencia de Ruptura Uterina	Segmentaria tipo Kerr
Desprendimiento Prematuro de Placenta	Segmentaria tipo Kerr
Inminencia de Ruptura Uterina	
Ruptura Uterina	Segmentaria tipo Kerr

La indicación más frecuente para la intervención fue la ruptura uterina o la inminencia de ruptura uterina, siguiéndole el Desprendimiento prematuro de la placenta.

En cuanto al tipo de incisión del segmento uterino fue de tipo Kerr, en los casos de corpórea se hizo una incisión vertical, en 3 de los casos esta última por dificultad de extracción en 2 de ellas y la otra por un cáncer in situ.

Estado del Feto al nacer	Apgar al nacer	A los 5 minutos		Peso Recién Nacido
	0 4	0	1	
Vivos	1 - 4	1 - 4	0	0 - 3 lbs 2
Muertos	4	5 - 7	1	3 - 6 5
	6	8 - 10	4	7 ó más 3

En relación al estado del feto, observamos que 4 de ellos eran óbitos fetales y que 1 falleció a los pocos minutos de vida por ser un prematuro. El resto de los niños nacieron en condiciones aceptables, y con peso que en nuestro medio es promedio o superior.

Hallazgos operatorios:

En relación a los hallazgos operatorios en la mayor parte de los casos se confirmó la sospecha previa a la intervención.

En 2 de ellos se observó que la cavidad uterina se encontraba con abundante material purulento fétido, el feto macerado y el útero en 1 caso presentaba además áreas equimóticas, contracturado y con placenta adherente.

En los casos de ruptura uterina se encontró que esta siempre era mayor de un 70-80% del segmento, que impedía su reparación quirúrgica con buenos resultados posteriores.

Una de las rupturas uterinas sucedió en el momento de la intervención, cuando se efectuó la extracción del feto. En otro caso, después del uso de oxitócicos en una presentación de variedad posterior en la cual se sospecha que pudo haber sido por efecto de los mismos o que se hubiese adelgazado el segmento en tal forma que al efectuar la extracción se hubiese roto el útero. En otro de los casos no se pudo efectuar la extracción de la placenta por lo que fue necesario extirparla en bloque con el útero.

Otro de los casos se encontró un hematoma retroperitoneal gigante que abarcaba segmento posterior, ambos ligamentos anchos y mostraba un útero infiltrado y violáceo.

Los otros 2 casos fueron operaciones electivas, en las cuales se tenía impresión clínica previa, uno de ellos se efectuó conización previa a la histerotomía para confirmar el diagnóstico de cáncer del cérvix, previo a la histerotomía.

Indicación y Tipo de Histerectomía

Utero de Couvelaire	Total
Cáncer del Cérvix in situ	Total amplia + Salpingooforectomía
Ruptura Uterina	Total
Ruptura Uterina	Total
Fibroma Intracavitario	Total
Endometriosis Severa	
Fibromas Uterinos	Sub-Total
Hematoma Ligamentos Anchos y Retroperitoneal	Total + Oforectomía Izquierda
Ruptura Uterina	Total
Ruptura Uterina	Total
Ruptura Uterina	Total

Se observará que la indicación mayor para la histerec-

tomía fue la ruptura uterina que como dijimos anteriormente, será superior al 80 % del área del segmento.

En cuanto al tipo de la misma, en 90 % de los casos fue total, en una de ellas amplia con salpingooforectomía bilateral, otra fue asociada a oforectomía izquierda por el mal estado del tejido ovárico. La que fue sub-total, era debido a defectos en la técnica.

Anestesia

Epidural	Raquídea	General	Raquídea + General	Epidural + Neurolepto
1	0	5	3	1

El tipo de anestesia utilizado más frecuentemente es la general, lo cual fue debido a la urgencia de los casos y a que en su mayoría iban a ser intervenciones prolongadas.

Una de ellas fue raquídea, pero hubo que asociarse a general, porque el procedimiento previo fue sólo cesárea.

Complicaciones operatorias

Ninguna	2
Hipotensión por hipovolemia	7
Hemorragia del muñón	1

Las complicaciones operatorias en los casos fueron en su mayor parte secundarias a la pérdida sanguínea que se manifestó como hipotensión por hipovolemia, sin llegar a shock en ninguno de los casos.

En un caso se observó hemorragia severa con hipo-

tensión por mala ligadura del muñón de la uterina, la cual fue reparada de inmediato en el acto quirúrgico. En las 2 operaciones planificadas no hubo ninguna complicación.

Complicaciones post operatorias y días de hospitalización

Ninguna = 5	1 - 5	1
Inf. urinaria 1	6 - 10	4
Peritonitis 1	11 - 15	3
Infección de la cúpula vaginal 1	16 - 20	0
Infección de la herida operatoria 1	21 - 25	2
Fístula urétero vaginal 1		

Las complicaciones post-operatorias se pueden considerar que están dentro de las reportadas por los diferentes estudios efectuados. 4 casos tuvieron complicaciones menores que no requirieron otro tipo de cirugía. 5 casos no presentaron complicaciones y en 1 caso es necesario cirugía posterior por presentar fístula urétero-vaginal, la cual se observó 4 semanas post-operatorio, debido a que la paciente solicitó su egreso. En cuanto a los días de hospitalización están dentro de límites aceptables y en los 2 casos que fueron mayores de 20 días fue por los procesos infecciosos.

Pronóstico y evolución:

En relación al grupo de pacientes estudiadas en su mayoría, el pronóstico y la evolución de los casos fue satisfactoria, ya que una vez resuelta la emergencia quirúrgica sólo una de ellas requerirá intervención posterior con probabilidades amplias de resolución definitiva del problema.

Anatomía Patológica:

En cuanto a la anatomía patológica, sólo 7 de los 10 casos están reportados, los cuales son descritos a continuación:

- 1) Cuello uterino: inflamación crónica. Hemorragia intersticial.
- 2) Cuello uterino y cuerpo: hemorragia intersticial.
- 3) Utero: hemorragia intersticial.
- 4) Utero: necrosis y hemorragia reciente. Ovario y trompas de Falopio: nls
- 5) Cuerpo uterino: necrosis e inflamación aguda.
- 6) Utero: necrosis coagulativa, inflamación aguda. Placenta: infartos anémicos y necrosis.
- 7) Cuello uterino: Ca in situ. Endometrio: Decidua. Miometrio: hipertrofia. Ovarios y trompas: NI.

En los cuadros de anatomía patológica, lo único que se hace confirmativo es la infiltración de parte de la pared uterina en los casos de ruptura de la misma. El caso del carcinoma del cervix se comprobó tanto por la biopsia, como por el resultado del cono y de la pieza completa. En los 2 casos de cuadros sépticos, se confirma por el cuadro de anatomía patológica.

MORTALIDAD MATERNO-FETAL

En nuestra serie en particular, la mortalidad de las madres fue de cero, lo cual es compatible ya que muchos autores han presentado un porcentaje semejante. Algunos autores han reportado hasta un 40% de casos de muerte materna, la cual ha ido bajando en los últimos años, variando entre 0% y 2%. En los casos electivos, la mortalidad incluso, será o estará muy cerca de 0%.

En cuanto al pronóstico fetal, será determinado no por el acto quirúrgico en sí, sino por las causas que motivaron la intervención, la mayoría de ella feticida. Pero eliminando los casos de urgencia, la mayoría de los autores observarán mortalidad fetal cercana a 0 %. Además debemos de observar que en muchos casos el feto ya está muerto.

V. CASUÍSTICA

1) M.C. Ch. 41 años de edad, originaria de Salamá, con historia de papanicolau con diagnóstico de Cáncer del cervix in situ y Embarazo de 37 semanas por A. U. G:12, P: 9 Ab: 2. Cardiopulmonar normal. Abdomen: normal 29 cms A.U. Frecuencia cardíaca fetal: 150 por minuto. Cefálica izquierda. Tacto vaginal: genitales externos múltipara, cuello 1 cm de múltipara, labio anterior rugoso. Espéculo: área rugosa, sangre fácilmente en todo el área del cuello. Dilatación cervical: 0.

Una semana después de su ingreso fue efectuada bajo anestesia epidural; conización: la cual fue reportada como carcinoma in situ. En seguida se procedió a practicar cesárea corpórea extrayendo feto en podálica, de 8.6 lbs. de peso, sexo femenino con Apgar de 8-9 al nacer. Sin efectuarse cierre de herida de cesárea se procedió a efectuar histerectomía abdominal total amplia y salpingooforectomía bilateral. Paciente evolucionó satisfactoriamente, se le dio egreso al 13avo día post operatorio, sin ningún problema.

Dx: cesárea histerectomía por cáncer del cervix in situ. Informe de Anatomía Patológica: cuello uterino: Ca in situ con involucramiento glandular. Endometrio: decidua. Miometrio: hipertrofia. Ovarios y trompas de Falopio: histológicamente normales.

2) M.E.L.R. 38 años originaria de Jutiapa, residente en esta capital. Refería a su ingreso, náusea, vómitos, dolor abdominal y malestar general, asociado a fiebre no cuantificada. Antecedentes: G:10 P:6 Ab:3 C: 0. Colecistitis crónica calculosa, hernia umbilical gigante. Prolapso genital total.

Al examen físico de ingreso: temperatura 38° C. P/A: 170/100, secreción nasal mucosa. Tórax: normal. Abdomen: globuloso 32 cms de A.U. Hernia Umbilical, feto en situación transversa, no se ausculta. Frecuencia cardíaca fetal. No hay contracciones uterinas. Sin embargo, hay dolor en ambas fosas ilíacas. Examen ginecológico: vagina, mano fetal macerada, no hay respuesta a estímulos, ni movimientos; cuello 4 cms, rígido alrededor del miembro superior prolapsado. Membranas rotas, fetidez del líquido amniótico. Pelvimetría: feto muerto, situación transversa. Se decide efectuar cesárea por situación transversa y amnioitis y para esterilización quirúrgica.

Se inició el acto quirúrgico, con anestesia raquídea, efectuando cesárea corpórea clásica, obteniendo feto macerado de sexo masculino de 4 lbs de peso. La cavidad uterina se encontraba llena de material purulento sumamente fétido y gas. Se encontró fibroma pediculado, intracavitario en pared posterior, la cual se encontraba sumamente adelgazada a nivel del segmento. Luego el útero sumamente flácido, no responde adecuadamente a estímulos oxitócicos, por lo que se decidió efectuar histerectomía, primero subtotal, por el mal estado de la paciente, y posteriormente de transfundida se completó la resección del cuello. Se reparó hernia umbilical al efectuar cierre de la pared. Además por cuadro séptico se colocaron puntos de retención con alambre de acero inoxidable. Paciente durante el post-operatorio, presentó infección de la herida operatoria, motivo por el cual estuvo hospitalizada por 23 días, dándole egreso en buenas condiciones.

Dx: cesárea histerectomía por situación transversa abandonada, amnioitis. Atonía uterina post-alumbramiento. Fibroma uterino pediculado.

No hay informe de anatomía patológica.

3) R. del C. G. de M. 27 años, originaria de Palencia y residente en esta capital. Consulta por presencia de líquido, el cual sale por vía vaginal de 16 horas de evolución. G: 7 P: 5 Ab: 1.

A su ingreso, signos vitales normales. Cardiopulmonar normal. Abdomen: 32 cms de A.U. Frecuencia cardíaca fetal: 140 x'. Edema de pared abdominal. Várices vulvares y edema de miembros inferiores. Ginecológico: cuello 2 cms de dilatación, altitud móvil, OIIA, pH alcalino. Durante 7 horas presentó trabajo de parto irregular, mejorando poco la dilatación cervical, sin embargo, este se regularizó y 12 horas después de su ingreso presentó dilatación de 9-10 cms en OIIP y a -1 de altitud. En ese momento se le colocó anestesia regional, tipo epidural y por paro en trabajo de parto, se le colocó conducción con Sintocynon (oxitocina) 2.5 miliunidades por minuto. La frecuencia cardíaca fetal descendió hasta 60 x' decidiéndose a efectuar cesárea por sufrimiento fetal agudo y enclavamiento en posterior. En el acto operatorio se encontró segmento uterino sumamente adelgazado, casi transparente de más o menos 15 cms y la vejiga mucho más arriba de lo normal. Al abrir la cavidad uterina hay abundantes coágulos, al extraer al feto, que estaba profundamente encajado, el labio superior del segmento se perdió en el borde superior de la herida operatoria, se prolapsó miembros superiores por herida uterina y se prolongó la incisión al cuerpo del útero. Se extrajo al feto obteniendo producto de sexo masculino de 6 lbs de peso, con Apgar 5 al minuto y 7 a los 5 minutos. Se observó que placenta presentaba un área de probable desprendimiento prematuro, luego se observa que el segmento uterino se encontraba perdido casi en su totalidad, por haberse prolongado la herida dejando intacto un 30% del mismo, por lo que se decidió efectuar histerectomía abdominal total y salpingooforectomía derecha por considerar que irrigación estaba muy comprometida y era un útero no apto para nuevos embarazos.

Paciente egresó al 5o. día post-operatorio a solicitud de ella. Sin anormalidades aparentes 4 semanas más tarde regresó por salida de orina por vagina. Pielograma IV. Probable ligadura de uréter derecho.

Dx: Cesárea hysterectomía por ruptura uterina secundaria a enclavamiento en posterior.

Anatomía patológica: no hay informe.

VI. CONCLUSIONES

- 1) El 80 % de la indicación de Cesárea Hysterectomía, fue de urgencia.
- 2) Como indicación de esterilización quirúrgica, en nuestro medio, se ha descartado con los métodos modernos.
- 3) En pacientes de Cáncer del cervix in situ y trabajo de parto, la conducta a seguir dependerá de la paridad de la paciente, por lo que en algunos casos, puede dejarse evolucionar el trabajo de parto por vía natural y posteriormente se efectuará conización del cuello.
- 4) La Cesárea Hysterectomía, si su indicación es precisa, deberá efectuarse en un solo tiempo, o posterior al puerperio, para evitar la infección más frecuente en el período puerperal.
- 5) Cuando la indicación de Cesárea Hysterectomía, sea Cáncer del cervix, debe evitarse manipular el cuello o segmento por lo que se realizará cesárea corpórea.
- 6) En la cesárea hysterectomía electiva, dependerá de las pruebas de madurez fetal, para precisar la fecha de la intervención.
- 7) En los procesos pélvicos sépticos, dependerá de la severidad del mismo para efectuar el procedimiento.
- 8) El síndrome de Couvelaire, no es indicación absoluta de cesárea hysterectomía.
- 9) En las rupturas uterinas, dependerá de la longitud y localización de la misma, para someterla a la intervención mutilante.

- 10) La indicación más frecuente en nuestro estudio de cesárea histerectomía fue la ruptura uterina.
- 11) La edad más frecuente de la operación es entre 26 - 30 años, sin embargo, se observa también en grandes múltiparas.
- 12) La anestesia ideal para el procedimiento es la anestesia general, previendo la hipotonía uterina secundaria a la extracción del producto gestacional.
- 13) En la literatura, la ruptura uterina espontánea, va en relación directa a úteros con cicatrices anteriores.
- 14) La ruptura uterina espontánea con útero íntegro, se asocia a la situación y presentación fetal viciada.
- 15) La atonía uterina se observa más frecuentemente en mujeres con sobredistensión del útero secundaria a embarazos múltiples y a masas que ocupan espacio en la cavidad uterina, disminuyendo su poder de contracción.
- 16) El desprendimiento placentario mayor del 30%, predispone notoriamente a la cesárea histerectomía por infiltración masiva de la capa muscular uterina.
- 17) La complicación más frecuente en el procedimiento de cesárea histerectomía, transoperatorio, fue la hipotensión secundaria a hipovolemia a consecuencia de la contusión de los órganos pélvicos al final del embarazo.
- 18) La complicación más frecuente postoperatoria fue la infección de la herida operatoria.
- 19) La complicación más seria del postoperatorio fue una

fístula urétero vaginal derecha.

- 20) En nuestro estudio, las pacientes fueron sometidas en su mayoría a histerectomía total, exceptuando un caso por problemas técnicos.
- 21) La cesárea histerectomía ocupa el 0.79% de las intervenciones quirúrgicas (Cesáreas) efectuadas en 60 meses de investigación.
- 22) La morbilidad de las pacientes es mayor en los casos de urgencia que en las electivas.

VII. RECOMENDACIONES Y COMENTARIO

- 1) Como regla general, en el útero grávido, con cicatriz previa debe evitarse el uso de oxitócicos extrínsecos, para atenuar la posibilidad de ruptura uterina.
- 2) En pacientes con cesárea anterior y cuya indicación persista en los siguientes embarazos debe programarse la resolución del embarazo a partir de 38-39 semanas evitando con esto la dehiscencia de la cicatriz anterior.
- 3) En los casos en el que el cáncer no esté dentro de márgenes quirúrgicos, debe concretarse únicamente a la cesárea evitando manipular la zona afectada y utilizando esterilización quirúrgica de acuerdo a las técnicas actuales.
- 4) En los casos dudosos de neoplasia cervical, debe efectuarse únicamente la cesárea y completar estudios pertinentes a la paciente para su tratamiento posterior.
- 5) Siempre que el procedimiento esté indicado, recomendamos el cierre de la histerotomía, previo a la extirpación total del útero, evitando con esto complicaciones desagradables.
- 6) Elaborar un archivo funcional en la sección de Maternidad, que facilite la investigación para creación de estadísticas.
- 7) Efectuar la cesárea histerectomía en los casos de neoplasia cervical en un solo tiempo, debido a que muchas de nuestras pacientes no tienen control post-parto.

Comentario:

Consideramos que nuestro estudio conlleva la inquietud de crear estadísticas en nuestro medio y creemos que la muestra utilizada es suficientemente representativa para datos comparativos.

De tal manera que revisando un estudio efectuado en 1968 por Ruiz Moreno en el Hospital Central Militar (México), en un número de cesáreas similar (1,205) al de nuestro estudio (1,264) da un porcentaje que favorece al estudio efectuado en nuestro hospital. (16)

Podemos citar que en la literatura mundial, hay reportado 406 casos de Cesárea Histerectomía en 2,358 cesáreas, que dan un porcentaje de 14.58 % efectuadas por Danesino y col., un número bastante elevado del procedimiento pero se debe tomar en cuenta que aún persistía en esa época como mayor indicación la esterilización quirúrgica. (16).

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Abitbol, M. M. Cesarean Hysterectomy in the treatment of carcinoma in situ of the cervix diagnosed during pregnancy. *Am Journal Obstet. Gynecol.* 117:909-912, 1 Dec. 73.
2. Adeleye, J. et al. Hysterectomy in pregnancy, labor and the puerperium. *Int. Surg.* 58: 383-314. Jun 73.
3. Adriani, John. Analgesia y Anestesia en Histerectomía Cesárea. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Ed. Interamericana. Sept. 1969, pp 618-634.
4. Barclay, D. L. Cesarean Hysterectomy at the Charity Hospital in New Orleans. 1000 consecutive operations. *Clinic. Obstet. Gynecol.* 107: 729, 1970.
5. Bazley, William S. and W. E. Crisp. Post partum Hysterectomy for sterilization. *Am. Journal of Obstet. and Gynecol.* 119: 149. May 15, 1974.
6. Durfee, Raphael. Evolución de la Cesárea Histerectomía. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Ed. Interamericana. Sept. 1969, pp. 575-589.
7. Easterday, Charles E. Histerectomía Cesárea en el Hospital Boston para Mujeres. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Ed. Interamericana, Sept. 1969. pp. 652-659.
8. Hellman, Louis M. *ed operativa obstetric, en su: Williams Obstetrics* 14. Ed. New York Appleton-

Century-Crofts, 1971, pp. 1085-1188.

9. Hofmeister, F. S. Ligadura tubaria en comparación con histerectomía cesárea. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana. Sept. 1969. pp. 676-687.
10. Litter, Manuel. Farmacología Experimental y Clínica. 4a. Ed. 3ra. reimp. Buenos Aires, El Ateneo, 1973. pp. 210-241.
11. Mickal, A., W. P. Begneaud, and T. P. Hawes. Clinic Obstet. Gynecol. 12: 660, 1969.
12. Novak, E. R. Tratado de Ginecología. Traducido por Alberto Folch y Pi. 8a. Ed. México. Ed. Interamericana. 1971. pp. 108-113.
13. O'Learly, J. A. y C. M. Steer. A 10 year review of Cesarean Hysterectomy. Amer. Journal Obstet. Gynecol. 90: 227, 1964.
14. O'Learly, J. A. Cesarean Hysterectomy: a 15 year review. Journal Reprod. Med. 4: 231-236. Jun. 70.
15. Riva, H. L. Indicaciones y técnica para histerectomía cesárea. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana, 1969. pp. 618-634.
16. Ruiz Velasco, Víctor. La operación cesárea, 1a. Ed. México 1971. pp. 162-183.
17. Schwarcz, R., S. Sala y C. Duverges: Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires. El Ateneo. 1970. pp. 864-865.

18. Tweedale, P. G., et al. Tubal Ligation vrs. Cesarean Hysterectomy Obstet. Gynecol. 42: 628 - 629, Oct. 1973.
19. Uranga, Imaz, F. Obstetricia Práctica. 2a. Ed. Buenos Aires, Argentina, 1970. pp. 700-716.

Br. Luis Felipe García Ruano

Dr. Homero I. de León Montenegro
Asesor.

Dr. César Monroy
Revisor.

Dr. Julio de León
Director de la Fase III.

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario.

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
DECANO.