

La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave

Obstetric hysterectomy as a safe therapy in the extremely severe morbidity

MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado, Dr. C. Alexis Corrales Gutiérrez, MSc. Dra. Vivian Cairo González, Dra. Susley Pérez Viera

Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales", Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, opción terapéutica vinculada con estados de morbilidad obstétrica extremadamente grave.

Objetivo: determinar características obstétricas y generales en una población de pacientes con morbilidad obstétrica extremadamente grave a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica.

Métodos: estudio descriptivo de corte transversal, realizado desde enero del 2007 a diciembre del 2009, en el Hospital Ginecobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara. Se revisaron los expedientes de 71 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y obstétricas, la relación con el tipo de parto y los principales hallazgos anatomopatológicos asociados a la histerectomía obstétrica.

Resultados: se realizó una histerectomía obstétrica cada 463 partos. El promedio de edad de las pacientes fue de $33,8 \pm 6,78$ años. El 78,6 % tenía antecedentes de cesárea. Predominó la histerectomía total abdominal en el 63,3 % de la muestra y en 27 pacientes se realizaron ligaduras de las arterias hipogástricas, 38 %. Se requirió el ingreso en la terapia intensiva en un 69 % de las pacientes histerectomizadas. No se reportaron muertes maternas vinculadas con las histerectomías obstétricas en estos tres años en la provincia.

Conclusiones: la histerectomía obstétrica es una opción terapéutica asociada a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, donde el accionar oportuno, con

dominio técnico y cumpliendo las indicaciones pertinentes se convierte en una herramienta que garantiza la vida de muchas pacientes en momentos críticos.

Palabras clave: histerectomía obstétrica, cesárea, hemorragia.

ABSTRACT

Introduction: the obstetric hysterectomy is defined as the removal of uterus after an obstetric event, therapeutic option linked to stages of extremely severe obstetric morbidity.

Objective: to determine the obstetric and general features in a group of patients presenting with an extremely severe obstetric morbidity underwent to obstetric hysterectomy.

Methods: a cross-sectional and descriptive study was conducted from January, 2007 to December, 2009 in the "Mariana Grajales" Gynecology and Obstetrics Hospital of Santa Clara, Villa Clara province. The medical records of 171 patients were reviewed who underwent obstetric hysterectomy. Incidence was estimated identifying the clinical and obstetric features, the relation with the type of labor and the main anatomical-pathological findings associated with obstetric hysterectomy.

Results: an obstetric hysterectomy was performed by 463 labors. The mean age of patients was of 33.8 ± 6.78 years. The 78.6 % had a history of cesarean section. There was predominance of abdominal total hysterectomy in the 63.3 % of the sample and in 27 patients ligatures of hypogastric arteries were performed (38 %). It was necessary the admission in intensive therapy service of the 69 % of hysterectomy patients during this past year in the province.

Conclusions: the obstetric hysterectomy is a therapeutic option associated with the extremely severe obstetric morbidity, where a timely action, a technical mastery and fulfilling the pertinent indications, it become a tool to guarantee the life of many patients in critical situations.

Key words: obstetric hysterectomy, cesarean section, hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

El término se refiere solamente a aquellas extirpaciones uterinas, debidas a una complicación del embarazo, el parto o el puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente, que deben ser solucionadas en este período y que se realizan de urgencia por indicación médica. Con frecuencia constituye un recurso importante que puede salvar la vida de una mujer. La decisión de la técnica para la histerectomía (total o subtotal) dependerá de la experiencia del cirujano, de las características anatómicas y del estado clínico de la paciente.

La decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede conducir a la muerte de la paciente, por lo que su indicación y realización deben ser llevadas a cabo por personal capacitado.¹

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia posparto.^{2,3}

La decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede conducir a la muerte de la paciente, tanto la indicación como el acto quirúrgico debe ser realizado por una persona capacitada, aunque después se debe discutir con el jefe de Obstetricia y su equipo médico.⁴

Debido a la incidencia de histerectomías de urgencias y su relación directa con la morbilidad obstétrica extremadamente grave se decide realizar este estudio con el objetivo de determinar los principales factores que inciden en la misma en la provincia de Villa Clara en el período del 2007 al 2009.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para lo cual se tomó el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia, en cualquier momento de la gestación, el parto o puerperio y por cualquier causa en la provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre enero del 2007 y agosto del 2009. El estudio comprende las histerectomías realizadas en todos los hospitales maternos de la provincia de Villa Clara, porque en su gran medida tributan estas pacientes al Hospital Provincial Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Se revisaron los libros de partos, reportes operatorios del salón de operaciones, servicios de archivos de Estadísticas y de Anatomía Patológica; se extrajeron los datos en un modelo diseñado para este efecto, donde se consignaron la edad en años cumplidos, tiempo gestacional al momento de la histerectomía (trimestre gestacional o puerperio), indicaciones del proceder, momento de la intervención, tipo de histerectomía practicada, complicaciones posoperatorias (más relevantes), reintervenciones, informes anatomopatológicos y estado de la paciente al egreso.

Se incluyeron en el estudio el 100 % de las historias clínicas de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: dados por ser mujeres embarazadas, encontrarse en el curso de un aborto y/o ser puérperas al momento de la histerectomía.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el sistema de procesamiento lógico EPI INFO 6. El análisis se realizó en SPSS.10, para hallar frecuencias simples, comparar la frecuencia y porcentajes de cada característica obstétrica.

RESULTADOS

En este período se efectuaron 71 histerectomías obstétricas de urgencia, estas pacientes se distribuyen en los años de estudio, se realizaron 22 histerectomías obstétricas en el 2007; 20 en el 2008 y en el 2009 se realizaron 29, que se relacionan directamente con la morbilidad obstétrica extremadamente grave reportada en el período de estudio. Según el número de partos en este período se describe una

relación en los 3 años del estudio de una histerectomía obstétrica cada 463 partos (tabla 1).

Tabla 1. Relación de histerectomías obstétricas según partos desde 2007 hasta agosto 2009

Años	Partos	Histerectomías	Incidencia
2007	4 930	22	1/446
2008	5 148	20	1/338
2009	5 255	29	1/551
Total	15 333	71	1/463

Al observar la incidencia por evento obstétrico encontramos que la mayor fue la histerectomía posterior a la cesárea. En la tabla 2 se describe la relación entre histerectomía obstétrica y morbilidad materna extremadamente grave según la vía del parto. La relación directamente proporcional entre la operación cesárea con ambos eventos se hace evidente.

Tabla 2. Relación morbilidad grave, histerectomías obstétricas y tipo de parto

Tipo de parto	Morbilidad grave						Histerectomía obstétrica					
	2007		2008		2009		2007		2008		2009	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Eutócico	5	4,3	4	3,4	5	4,3	5	9,0	5	9,0	6	10,9
Distócico por cesárea	36	31,0	48	41,3	18	15,5	17	30,9	15	27,2	9	16,3
Sub Total	41	35,3	52	44,8	23	19,8	22	40	20	36,3	15	27,2
Total	116				100		55				100	

En la tabla 3 se describen las características generales y obstétricas de las pacientes histerectomizadas, donde se destaca que el 79,5 % de la muestra son pacientes multíparas y con cicatrices uterinas previas el 78,9 %.

Tabla 3. Características generales y obstétricas de las pacientes evaluadas

Variables	%
Histerectomías obstétricas n= 71casos	
Edad (años)	33,8 ± 6,78
Paridad	
- Multiparas	79,5
- Primigestas	20,5
Cicatrices uterinas previas	
- Sin cicatriz uterina	20,8%
- Cicatriz por cesárea	78,6%
- Cicatriz por miomectomía	0,6%
Edad gestacional obstétrica al parto	34,3 ±5,1

La tabla 4 describe las características de las histerectomías obstétricas, la técnica quirúrgica más utilizada en 63,3 % de las pacientes fue la histerectomía total abdominal; se realizó ligadura de las arterias hipogástricas en 27 pacientes, 36,7 %. El tiempo operatorio promedio fue de 145,6 min; en 68 pacientes, 95,7 % se utilizaron transfusiones de sangre y se realizaron 49 ingresos en la unidad de terapia intensiva, 69 %.

Tabla 4. Características de la histerectomía obstétrica

Variables	No.	%
Tipo de histerectomía obstétrica		
- Total	49	63,3
- Subtotal	22	36,7
Ligadura arterias hipogástricas	27	38
Tiempo operatorio (minutos)	145,6	
Transfusión	68	95,7
Hospitalización UCI	49	69

La confirmación de los diagnósticos anatomopatológicos se describe en la tabla 5. En el análisis histológico de los úteros se describen alteraciones propias de esta entidad como áreas de hemorragias, infiltrado, etc. El estudio histológico describe el área de sutura y enmarca las roturas uterinas describiendo la localización y envergadura de las mismas. En 63,3 % se describen hallazgos de endometritis y en un 21,1 % restos placentarios. Estos hallazgos están en íntima relación con antecedentes de las pacientes y con procedimientos quirúrgicos. En estos 3 años se describen focos de acretismo placentario en 18,30 % del estudio.

Tabla 5. Principales resultados anatomopatológicos en las histerectomías obstétricas

Diagnóstico anatómo-patológico	Total	
	No.	%
Focos de hemorragia	38	53,7
Acretismo placentario	13	18,3
Restos placentarios	15	21,1
Endometritis	45	63,3

DISCUSIÓN

Considerando solo las histerectomías realizadas en el periparto, resultados similares reportan *Uribe* (0,14 x1000), *Reyes* (0,5 x 1000), *Zamora* (0,8 x 1000), *Espinoza* (1,8 x 1000), *Stanco* (1,3 x 1000), *Zelop* (1,55 x 1000), *Bejar* (2,2 x 1000),³ en lo cual ha influido el número de años, los partos estudiados, unido a la morbilidad de las pacientes atendidas y la tasa de cesárea.

En la bibliografía⁴⁻⁷ se mencionan las características obstétricas encontradas con mayor frecuencia en las pacientes sometidas a histerectomía por diversas causas, con desplazamiento de la maternidad hacia edades superiores, por lo que estos factores constituyen elementos de riesgo a tener en cuenta para su atención.

La alta tasa de cesárea primitiva que ha tenido el centro a lo largo de estos años está condicionando por el hecho de que encontremos esta intervención obstétrica como el factor de riesgo más importante de histerectomía en el periparto en las pacientes atendidas en la institución, lo cual es elevado, en comparación con lo que plantean otros autores que entre el 0,05 % hasta 1,6 % de las cesáreas terminan en histerectomía.^{8,9}

El detalle más importante lo constituye tomar la determinación de practicar la histerectomía antes de que la paciente se encuentre en mal estado, aunque por la premura no deben obviarse los pasos básicos.¹⁰

El antecedente de cesárea es el factor de riesgo más importante para realizar una histerectomía obstétrica, sobre todo cuando ha ocurrido en más de 2 ocasiones.¹¹⁻¹⁴

En la bibliografía se corrobora que la placenta previa y la atonía uterina son las dos principales indicaciones para la histerectomía obstétrica, si bien puede variar el orden de frecuencia.¹¹⁻¹⁹

La atonía uterina es una indicación frecuente y es probable que el mecanismo fisiopatológico implicado en su presentación sea el edema intersticial que impide que el endometrio adquiriera el tono necesario para permitir el cierre de las arterias del lecho placentario.¹⁹

La experiencia reportada por algunos autores, como *Baskett* y otros, con el uso de suturas compresivas en el útero, sugiere que la histerectomía obstétrica podría evitarse en primigestas con el objetivo de preservar el útero;¹⁷ asimismo, se han propuesto otros procedimientos alternativos, como la ligadura de grandes vasos (uteroováricos e ilíaca interna), curetajes y empaquetamiento del útero, que no han sido completamente efectivos e incluso han provocado complicaciones.^{12,15,17} En resumen, la histerectomía obstétrica sigue siendo la intervención con mejores resultados posquirúrgicos, aunque la morbilidad materna sea alta.^{13,17}

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él.¹¹ Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que arriesga su vida.¹¹⁻¹⁴

Las principales indicaciones son las complicaciones que provocan hemorragia, como: trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea.^{11,12,14,16,17,19}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 488-491.
2. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.
3. Cabezas B, Martínez Y, Cabezas ME, Hernández Barrios. Caracterización de la paciente obstétrica en estado crítico en la provincia de Cienfuegos. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur. 2004;2(1).
4. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. J Obstet Gynaecol. 2003;23(3):252-4.
5. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG. 2006;108(6):1486-92.
6. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol. 2002;99:971-5.
7. Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:409-12.
8. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG. 2006;108(6):1486-92.
9. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:409-12.

10. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;168:879-83.
11. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108(6):1486-92.
12. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:409-12.
13. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;154:e1-e5.
14. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):97-105.
15. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG.* 2003;102(1):141-5.
16. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol.* 2003;23(3):252-4.
17. Baskett TF. Emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol.* 2003;23(4):353-5.
18. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1440-4.
19. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:289-94.

Recibido: 10 de julio de 2011.

Aprobado: 25 de julio de 2011.

Juan Antonio Suárez González. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu