

Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F.

Ana Yuridia Mendoza Gama,* Mauricio Pichardo Cuevas,** José Antonio Moreno Sánchez,**
Leonardo Antonio Naranjo Gutiérrez,* Martha Laura Ramírez Montiel,* Nilson Agustín Contreras Carreto***

Resumen

Introducción. La histerectomía obstétrica (HO) es un procedimiento que puede realizarse en el momento del parto o posterior a él. Es un procedimiento indicado para resolver quirúrgicamente las complicaciones periparto que pongan en peligro la vida de la paciente por riesgo elevado de hemorragia obstétrica grave, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad antes que arriesgar la vida de la paciente. **Objetivo.** Investigar, describir y analizar la incidencia y prevalencia de la histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. **Material y métodos.** Es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico de una muestra de mujeres a las que se realizó histerectomía obstétrica entre el 1 de marzo 2009 al 28 de febrero 2010. **Resultados.** Se obtuvo una muestra de 41 pacientes con una media de edad de 29 ± 6 años. El 68% tenían antecedente de cesárea. Las principales indicaciones para HO fueron: atonía uterina 36% (n = 15); placenta accreta 32% (n = 13) y rotura uterina 5% (n = 2). La HO más frecuente fue la posterior a cesárea con 61% (n = 25), postparto 17% (n = 7), postaborto 15% (n = 6), postectópico 7% (n = 3). En 88% (n = 36) se realizó histerectomía total y en 12% (n = 5), subtotal. No se presentaron complicaciones en 63% (n = 26). Las principales complicaciones fueron: reintervención quirúrgica 22% (n = 9), lesión vesical 7% (n = 3), lesión ureteral 2% (n = 1), íleo postquirúrgico 2% (n = 1) y coagulación intravascular diseminada 2% (n = 1). **Conclusiones.** La principal causa de HO fue atonía uterina; se presentaron complicaciones hasta en la tercera parte de los casos.

Palabras clave. Procedimientos obstétricos quirúrgicos. Atonía uterina. Complicaciones intraoperatorias.

Abstract

Introduction. The obstetric hysterectomy (OH) is a surgical procedure that is realized at the time of delivery or after him. It is indicated to solve different complications that put in danger the life of the patient when increasing the risk of hemorrhage, reason why is preferred to finish with the fertility of the patient before to risk his life. **Objective.** To investigate, describe and analyze the incidence and prevalence of obstetric hysterectomy in women attending of the Woman's Hospital, SSA, México, D.F. **Material and methods.** This is a retrospective, transversal, descriptive and analytical of a sample of women to who realized obstetric hysterectomy during the period from March 1st 2009 to February 28th 2010. **Results.** A sample of 41 patients was studied. Age average was 29.22 ± 6.3 years. 92.7% was multiparous. Women with antecedent of caesarean section 68.2%. Uterine atony was the most frequent indication of OH with 36.6% (n = 15), followed by placenta accreta in 31.7% (n = 13), uterine rupture 4.9% (n = 2). Patient without complications 63.4% (n = 26), surgical reintervention 21.95% (n = 9), bladder injury 7.3% (n = 3), urethral injury 2.4% (n = 1), postoperative ileum 2.4% (n = 1), disseminated intravascular coagulation 2.4% (n = 1). **Conclusions.** The main indication for OH is uterine atony and one third of patients are complicated.

Key words. Obstetric surgical procedures. Uterine atony. Intraoperative complications.

INTRODUCCIÓN

Se define como histerectomía obstétrica (HO) a la intervención quirúrgica que consiste en la resección del útero

en forma parcial o total, indicada por complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente por indicación obstétrica o ginecológica, presentes durante el embarazo, parto o puerperio. Este procedimiento está reservado para

* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer, D.F.

Dirección Médica, Hospital de la Mujer, D.F. *Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Mujer, D.F.

Correspondencia:

Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto

Hospital de la Mujer, Jefatura de Medicina Interna, 1er. piso. Prolongación Salvador Díaz Mirón, Núm. 374. Col. Santo Tomás, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F. C.P. 11340. Correo electrónico: medicinainterna_hmujer@yahoo.com.mx

situaciones en las que la hemorragia obstétrica severa no responde al tratamiento conservador.¹⁻¹³

En la literatura internacional, la incidencia de HO se reporta de 7-13 por cada 10,000 nacimientos, es más frecuente la variedad poscesárea. En Noruega, Engelsen, et al. encontraron 11 casos de histerectomía posparto en un lapso de 25 años, con una incidencia de 0.2 por cada 1,000 partos. En Inglaterra la incidencia es de 4.1 por 10,000 nacimientos.¹ En la India, entre 1997 a 2003, se reportó una incidencia de 0.26%, uno por cada 384 nacimientos.²

En Estados Unidos, Whiteman, et al. reportaron una incidencia de HO de 0.77/1,000 partos.¹

En México, el número real se desconoce, algunos autores reportan una incidencia aproximada que va de 0.75 a 1.7%.^{14,15}

La principal complicación es una mayor pérdida sanguínea, lesión vesical, lesión ureteral, fístula vesicovaginal o rectovaginal, coagulación intravascular diseminada (CID) e infección de la herida quirúrgica.¹⁶⁻¹⁹

OBJETIVO

Investigar, describir y analizar la incidencia y prevalencia de la histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico en los 41 casos de HO atendidos en el Hospital de la Mujer durante el 1 de marzo 2009 al 28 de febrero 2010. Las variables obtenidas se analizaron con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* versión 18.0 en español.

Criterios de inclusión

Mujeres a las cuales se les realizó HO en el Hospital de la Mujer, SSA, durante el 1 de marzo 2009 al 28 de febrero 2010.

Criterios de exclusión

Expediente clínico incompleto en las variables seleccionadas en este estudio.

a) Variables.

- Edad.
- Antecedentes obstétricos.

- Gestaciones.
- Paridad.
- Abortos.
- Cesáreas.

- Control prenatal. Operativamente, se define esta variable según el Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS (2003) ≥ 5 consultas prenatales.
- Tipo de HO realizada.

- Posterior a cesárea.
- Posterior al parto.
- Posterior a aborto.
- Posterior a embarazo ectópico.

- Variedad de HO realizada.

- Total.
- Subtotal.

- Indicaciones de HO.
- Complicaciones.
- Número de reintervenciones quirúrgicas.
- Hemoglobina prequirúrgica.
- Hemoglobina posquirúrgica.
- Servicio de ingreso posquirúrgico.

- Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
- Hospitalización.

- Muerte materna.
- Diagnóstico histopatológico.
- Días de estancia intrahospitalaria.

RESULTADOS

La prevalencia de HO en el Hospital de la Mujer fue de 0.44%, se obtuvo una muestra de 41 pacientes con una media de edad de 29 ± 6 años, con un rango de 17 a 43 años.

Antecedentes obstétricos:

- Media de gestaciones: 3.7 ± 1.7 . Rango: 1-8 embarazos.
- Media de paridad: 1.0 ± 0.5 . Rango: 0-6 partos.
- Media de abortos: 0.98 ± 0.3 . Rango: 0-6 abortos.
- Media de cesáreas: 1.56 ± 1.0 . Rango: 0-4 cesáreas.
- Media de semanas de gestación (SDG): 30.90 ± 10.94 . Rango: 6-41. El 51.2% (n = 21) tuvo control prenatal.

Histerectomía obstétrica (Figura 1):

- Posterior a cesárea 61% de los casos (n = 25).
- Posparto 17.1% (n = 7).
- Postaborto 14.6% (n = 6).
- Posterior a embarazo ectópico 7.3% (n = 3).

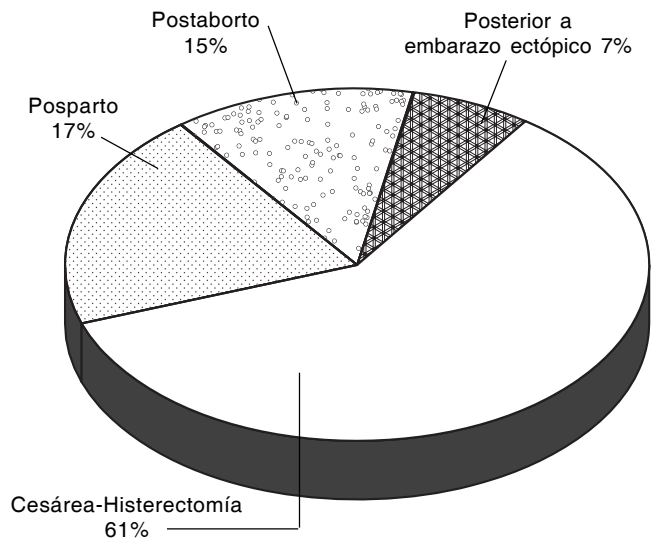


Figura 1. Distribución por tipos de histerectomía obstétrica.

- Histerectomía total 87.7% (n = 36).
- Histerectomía subtotal 12.3% (n = 5) (Figura 2).

Principales indicaciones de HO (Figura 3):

- Atonía uterina 36.6% (n = 15).

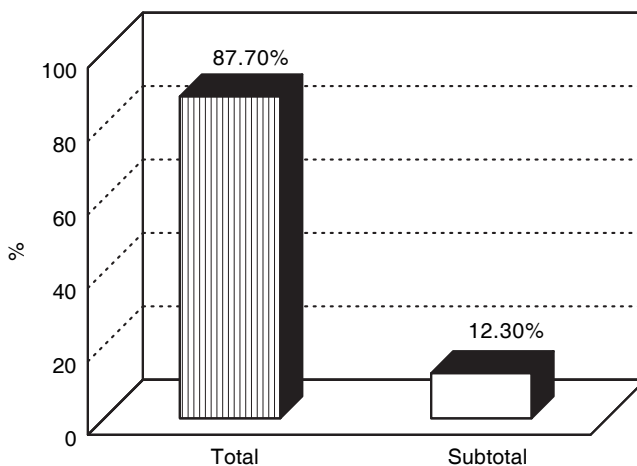


Figura 2. Proporción de histerectomía obstétrica por variedad quirúrgica.

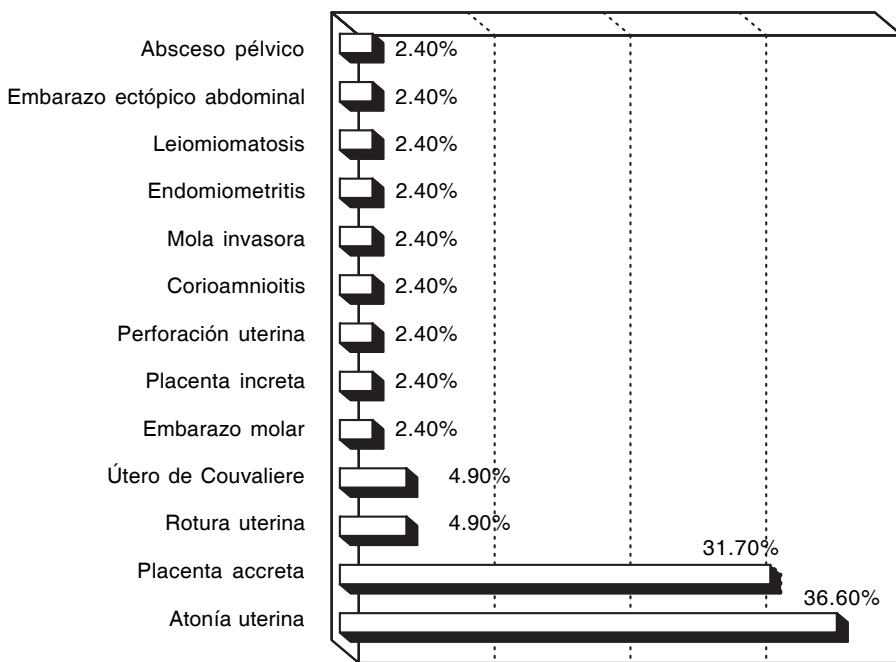


Figura 3. Principales indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer.

- Placenta accreta 31.7% (n = 13).
- Placenta increta 2.4% (n = 1).
- Útero de Couvaliere 4.9% (n = 2).
- Embarazo molar 2.4% (n = 1).
- Rotura uterina 4.9% (n = 2).

- Perforación uterina 2.4% (n = 1).
- Corioamnioititis 2.4% (n = 1).
- Mola invasora 2.4% (n = 1).
- Endometriitis 2.4% (n = 1).
- Leiomiomatosis de grandes elementos 2.4% (n = 1).
- Embarazo ectópico abdominal 2.4% (n = 1).
- Absceso pélvico 2.4% (n = 1).
- No se presentaron casos de placenta percreta o embarazo ectópico cervical.

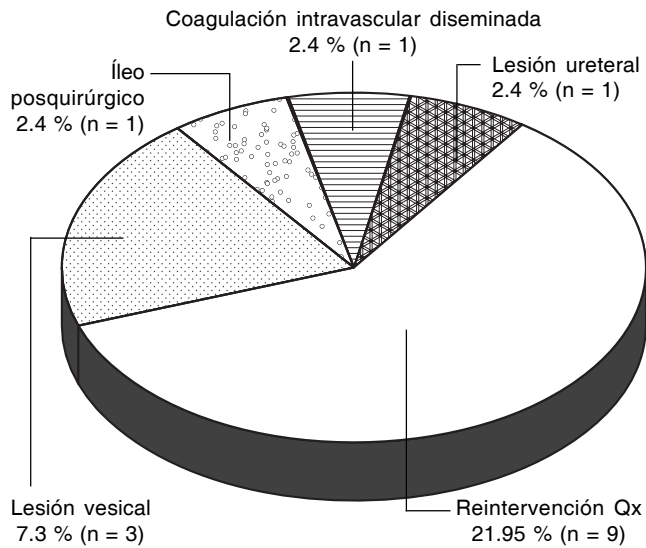


Figura 4. Principales complicaciones posquirúrgicas de la histerectomía obstétrica.

En 63.4% (n = 26) no se registraron complicaciones posquirúrgicas (Figura 4); las principales fueron:

- Reintervención quirúrgica 21.95% (n = 9).
- Lesión vesical 7.3% (n = 3).
- Lesión ureteral 2.4% (n = 1).
- Íleo posquirúrgico 2.4% (n = 1).
- Coagulación intravascular diseminada 2.4% (n = 1).

Requirió reintervención quirúrgica 21.8% (n = 9):

- Una reintervención 14.6% (n = 6).
- Dos reintervenciones 2.4% (n = 1).
- Tres reintervenciones 2.4% (n = 1).
- Cuatro o más reintervenciones 2.4% (n = 1).
- En 78% (n = 32) no se requirió reintervención quirúrgica.

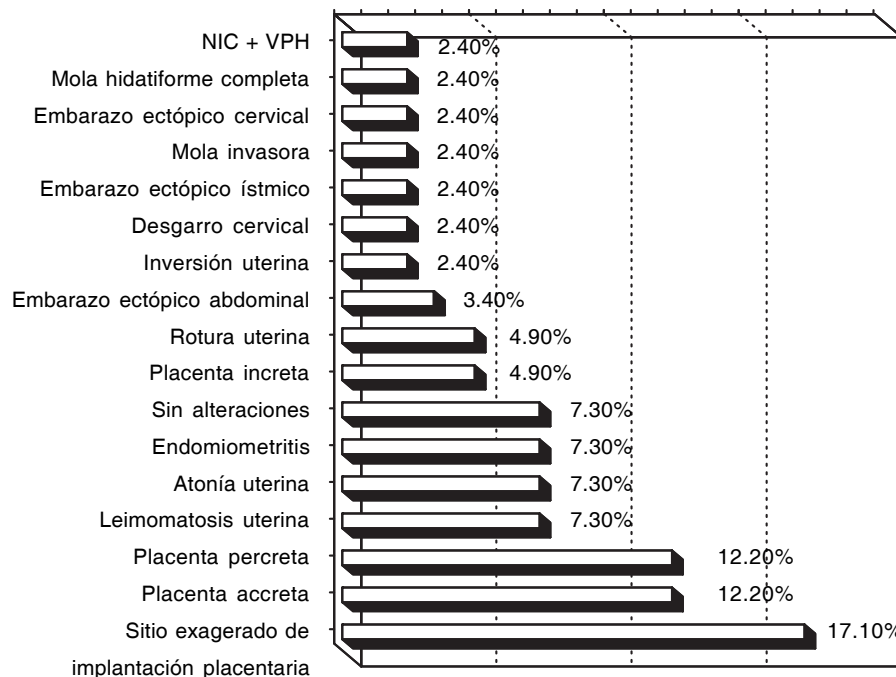


Figura 5. Principales diagnósticos histopatológicos de las piezas quirúrgicas obtenidas por histerectomía obstétrica.

La hemoglobina prequirúrgica tuvo una media de 12.21 ± 2.1 g/dL con un rango de 7.3-14.4 g/dL. La hemoglobina posquirúrgica tuvo una media de 9.8 ± 1.7 g/dL con un rango de 6.6-12.7 g/dL.

El 41.46% (n = 17) requirió ingreso a UTI; 58.5% (n = 24) no tuvo complicaciones hemodinámicas e ingresó a los diferentes pisos de hospitalización.

No hubo muerte materna en este grupo de pacientes.

Los principales diagnósticos histopatológicos (Figura 5) fueron:

- Sin alteraciones 7.3% (n = 3).
- Placenta accreta 12.2% (n = 5).
- Placenta increta 4.9% (n = 2).
- Placenta percreta 12.2% (n = 5).
- Sitio exagerado de implantación placentaria 17.1% (n = 7).
- Atonía uterina 7.3% (n = 3).
- Mola invasora 2.4% (n = 1).
- Leiomatosis uterina 7.3% (n = 3).
- Inversión uterina 2.4% (n = 19).
- Rotura uterina 4.9% (n = 2).
- Endometriometritis 7.3% (n = 3).
- Embarazo ectópico abdominal 3.4% (n = 1).
- Embarazo ectópico cervical 2.4% (n = 1).
- Embarazo ectópico ístmico 2.4% (n = 1).
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I + virus del papiloma humano (VPH) 2.4% (n = 1).
- Desgarro cervical 2.4% (n = 1).
- Mola hidatiforme completa 2.4% (n = 1).
- No hubo reportes histopatológicos de corioamnionitis.

La media de días de estancia intrahospitalaria fue de 5.76 ± 3.8 días, con un rango de tres a 17 días.

DISCUSIÓN

La incidencia de HO encontrada es baja comparada con lo reportado a nivel nacional en hospitales de atención ginecobstétrica de segundo y tercer nivel (0.44 vs. 1.7%); sin embargo, es alta comparada con los reportes de Estados Unidos (0.44 vs. 0.15%).

Al igual que en la literatura internacional, la histerectomía obstétrica más frecuente fue la posterior a cesárea (61%). Este factor de riesgo se ha relacionado a alteraciones en la implantación placentaria, las cuales provocan frecuentemente hemorragia obstétrica grave de difícil control.

La principal indicación de HO fue la atonía uterina en 36.6%, seguido de alteraciones en la placentación (placenta accreta, increta y percreta) (34.1%). Lo anterior

coincide con la literatura nacional e internacional, lo que obliga a investigar algunas posibles causas: trabajo de parto prolongado, uso y abuso de oxitócicos, parto precipitado, multiparidad y una alta incidencia de macrosomía fetal, así como la falta institucional de otros recursos útiles en el tratamiento de la atonía uterina (balones de Bakri, equipo para embolización de las arterias uterinas, además de capacitación en diferentes tratamientos conservadores como B-Lynch, ligadura de arterias uterinas y ligadura de las arterias hipogástricas) con la finalidad de ofrecer a la paciente preservar la vida y conservar su fertilidad.

En la literatura se reporta un incremento en la incidencia de HO secundaria a embarazo ectópico; en esta muestra se presentó en un caso, alcanzando 2.4% de la población estudiada.²⁰⁻²⁵

El procedimiento tiene una alta morbimortalidad, tanto por la indicación de urgencia que amerita su realización, como por la necesidad de reintervención quirúrgica. En el presente estudio la reintervención quirúrgica alcanzó una incidencia de 21.8%, reportándose hasta cuatro reintervenciones en un paciente. En diversos estudios la necesidad de cuidados intensivos es alta, aproximadamente de 70%; en el Hospital de la Mujer únicamente se requirió ingreso a UTI en 58.5%. La principal causa de muerte se relaciona con sepsis, CID y tromboembolia pulmonar. En este caso, la incidencia de CID fue de 2.4%. No hubo reportes de muerte materna asociada a HO.

En cuanto al reporte histopatológico, el primer diagnóstico son las alteraciones en la implantación placentaria hasta en 29.3%, la cual es menor al diagnóstico clínico que lo reportó hasta en 36.6%.

Los reportes son variados y heterogéneos, tanto en las variables estudiadas como en la población atendida por lo que la interpretación de los datos y extrapolación a la población es difícil.

CONCLUSIONES

La principal causa de HO fue atonía uterina; se presentaron complicaciones hasta en la tercera parte de los casos.

REFERENCIAS

1. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG* 2006; 108: 1486-92.
2. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Act Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 409-12.
3. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA, et al. Planned vs. emergent cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 154: 1-5.

4. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 97-105.
5. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG* 2003; 102: 141-5.
6. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2003; 23: 252-4.
7. Baskett TF. Emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2003; 23: 353-5.
8. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1440-4.
9. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex* 2002; 70: 289-94.
10. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. *Ginecol Obst Mex* 2004; 64: 23.
11. Hiroyuki Y. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynecol Res* 2000; 26: 341-5.
12. Okogbenin SA, Gharoro EP, Otoide VO, Okonta PI. Obstetric hysterectomy: fifteen years' experience in a Nigerian Tertiary centre. *J Obstet Gynecol* 2003; 24: 201-2.
13. Caro J, Bustos L, Ríos A, Joaquín-Bernales M, Neumann P. Histerectomía obstétrica en el hospital de puerto Montt, 2000-2005. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 313-9.
14. Quesnel GBC, Ahued JR, Rivera J, Obeid LJ. Obstetric hysterectomy. A review of 675 cases at the Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 119-24.
15. Barclay L. Histerectomía post operación cesárea. Experiencias adquiridas en 30 años. *Obstet Ginecol* 2005; 35: 120-31.
16. Hofmeyr JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture. *BJOG* 2005; 112: 1221-8.
17. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 1066-74.
18. Eniola OA, Bewley S, Waterstone M, Hooper R, Wolfe CD. Obstetric hysterectomy in a population of South East England. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26: 104-9.
19. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 477-82.
20. Uribe R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 43: 113-22.
21. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 971-5.
22. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 168: 879-83.
23. Guerra C, Hernández N, Guerra N. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25: 66-70.
24. Mousa H, Alfirevic Z. Major postpartum hemorrhage: survey of maternity units in the United Kingdom. *Act Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 727-30.
25. Chestnut H, Edeh S, Parken R. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2005; 65: 367-70.