

CESAREA - HISTERECTOMIA

GEORGE T. SCHNEIDER, M.D., F.A.C.S.
Director Asociado del Departamento de Obstetricia y Ginecologia
La Clínica Ochsner, New Orleans, Louisiana. U.S.A.

LA operación de cesárea-histerectomía, la cual hemos seleccionado para discutir, es una de las que ha ganado más popularidad recientemente en los Estados Unidos, especialmente en los grandes centros médicos.

Yo quisiera presentar nuestra experiencia con esta operación durante los últimos veinte años, la cual hemos practicado en los servicios gratuitos del Hospital de Caridad en New Orleans, asociado con las universidades de Tulane y la del Estado de Louisiana, así como también en la práctica privada en el Centro Médico Ochsner.

En el Hospital de Caridad desde el año 1938 hasta el 1959, han sido practicadas mil cesáreas-histerectomías entre 195,000 partos y 6,600 cesáreas.

Doscientas de las histerectomías fueron practicadas inmediatamente después del parto vaginal debido a hemorragia incontrolable, ruptura del útero, placenta acreta, etc., y, por lo tanto, éstas representan un tipo diferente de caso a la operación electiva.

Sesenta por ciento de estos casos de emergencias fueron de "shock", cincuentisiete por ciento tenían pre-eclampsia severa, seis por ciento tenían fibrinogenopenia, y ochentisiete por ciento eran de raza de color.

En el hospital de Fundación de Ochsner, del año 1946 a 1964 se han practicado 150 cesáreas-histerectomías totales y mil cesáreas, de un total de 15,000 partos. Todas las histerectomías fueron practicadas electivamente en el momento de la cesárea.

Desde el año 1951, en el Hospital de Caridad, todas las operaciones también han sido totales, aun los casos de emergencia. Este plan de operación puede parecerles a Uds. un poco radical, pero ha sido nuestra experiencia que la operación total es mejor, pues previene la irritación cervical crónica y la posibilidad de carcinoma del muñón cervical.

En los dos últimos años, en el Hospital de Caridad, el 25% de todas las cesáreas han sido terminadas con histerectomía total, y en el Hospital de la Fundación Ochsner el 15%.

Hay un número de razones para esto:

1^ª Un aumento en el número de pacientes con cesáreas repetidas. Una mayoría de los obstetras de nuestra región de los Estados Unidos son de opinión que es más seguro repetir la cesárea en una mujer que ha dado a luz previamente por cesárea, excepto en aquellas que han parido por lo menos una vez vaginalmente. En estos casos la paciente debe ser vigilada muy cuidadosamente durante el parto. Transfusiones de sangre y una anestesia adecuada deben estar disponibles si la cesárea se estima necesario.

2^ª En la mayoría de los centros médicos y hospitales de los Estados Unidos, el entrenamiento obstétrico y quirúrgico ha sido mejorado, y hay más facilidades para una mejor anestesia y transfusiones de sangre.

Más aún, el uso de una sala de recuperaciones es una valiosa ayuda a los departamentos de cirugía y obstetricia, en la cual los pacientes pueden estar bajo un cuidado constante, por un personal médico entrenado, durante cuatro a ocho horas inmediatamente después de la operación.

En esta serie, el 70% de las pacientes eran mayores de treinta años de edad, el 77% tenían más de tres hijos.

Cuando la histerectomía se practicó en la primera cesárea, hecha por razones obstétricas, las indicaciones fueron las siguientes: Abruption de la placenta, placenta previa, mala presentación del feto, toxemia, fibromas y cáncer del cuello uterino.

Las siguientes son las indicaciones en 800 cesáreas-histerectomías electivas en el Hospital de Caridad: Cicatriz defectuosa, 37%; esterilización (**cesárea por razones obstétricas**), 33%; fibromas, 15%; infección durante el parto, 9%; adherencias múltiples, 4%; cáncer (cérnix - 8, ovario - 1), 2%.

Vamos a revisar estas indicaciones.

La cicatriz usualmente significa una muy fina o delgada con las membranas frecuentemente visibles o extendidas a través de la pared del útero.

Esta es, naturalmente, una decisión arbitraria del cirujano. Ocasionalmente, si la paciente desea tener más hijos, la cicatriz defectuosa puede ser extirpada, y una nueva restitución hecha. Nosotros hemos hecho esto en varios casos con éxito.

El problema de la esterilización en los Estados Unidos es naturalmente mucho más grande que en los países de la América Latina, porque a un gran porcentaje de la población de los EE.UU. no se le prohíbe, por la religión, el obtener esterilización quirúrgica después que las familias se estiman completas. Por lo tanto, muchos pacientes, después del cuarto o quinto hijo, lo piden, especialmente si los partos han sido por cesáreas repetidas.

A nosotros, no nos gusta la operación de ligar las trompas. Preferimos extirpar el útero en el momento de la cesárea. Esto previene problemas sin-

tomáticos de la pelvis más tarde. Este problema es médico-legal también, y la mayoría de los hospitales tienen comités de doctores que deben aprobar el procedimiento, y los esposos deben firmar un documento legal autorizando se practique la operación.

Una discusión pre-operatoria sobre la histerectomía es tan importante para la mujer grávida como para la que no lo está.

La fisiología y las funciones de los órganos de la pelvis son explicados a la pareja y cualquier temor o aprehensión, especialmente sobre problemas sexuales, son aquietados. Estudios post-operatorios de la mujer que comprenden estos factores antes de la operación han revelado una ausencia de problemas sexuales psicológicos.

COMPLICACIONES

Naturalmente la morbilidad y porcentaje de complicaciones fue considerablemente más alta en el Hospital de Caridad (33%) que en el Hospital de la Fundación Ochsner (10%). La mayor parte de las operaciones en el Hospital de Caridad fueron practicadas por internos, y los pacientes generalmente eran de más pobre condición de salud.

El término morbilidad se define como fiebre más alta de 100.4 grados por dos días consecutivos, o 101 grados cualquiera de los días.

La complicación más común (15%) fue infección de las vías urinarias. Esto es naturalmente muy común en cesáreas sin histerectomías o en histerectomías en mujeres no grávidas. Usualmente el organismo que causa la infección es *E. coli*.

Hubo también un menor porcentaje de infección de la incisión, e infecciones de las vías respiratorias. La hemorragia post-operatoria fue una grave complicación, la cual requiere re-exploración abdominal en 15 casos en el grupo del Hospital de Caridad y dos en la serie privada. Usualmente fue necesario religar la arteria ovárica o uterina. Como Uds. saben, estos vasos en la pelvis están muy distendidos durante el embarazo, y es muy necesario asegurar la hemostasia cuidadosamente.

No es necesario ser muy rápido después del nacimiento del niño, y una técnica deliberada es recomendada, porque ésta permite la contracción del útero lo cual devuelve una gran cantidad de sangre a la circulación general.

Si el punto exacto de la hemorragia no puede ser cocalizado, el ligamento de la arteria hipogástrica (iliaca interna) puede salvar la vida.

Otra complicación grave, la cual parece ser inevitable en una larga serie de C. histerectomías, es el daño a la vejiga. Esto ocurrió en el cuatro por ciento de los casos.

Después de tres o cuatro cesáreas, especialmente si no fueron practicadas con una cuidadosa reperitonización, la vejiga se adhiere densamente a la superficie inferior del útero. Por lo tanto, se debe tener mucho cuidado al liberar la vejiga de dicha superficie. Si el daño a la vejiga ocurre, éste puede ser reparado fácilmente, y cicatriza usualmente sin complicación. Se usa una sonda en la vejiga por 12-14 días. Una fístula ocurre sólo si el daño no es observado y queda sin reparar.

PERDIDA DE SANGRE Y TRANSFUSIONES

De los pacientes de Caridad, 80% recibieron transfusiones de sangre, por dos razones: Anemia pre-existente, y porque 200 de los pacientes fueron de emergencia. Los casos electivos recibieron un promedio de 600 cc. y los casos de emergencia recibieron un promedio de 1,300 cc.

En la serie privada, solamente al 32% se les dio sangre (27% recibió un litro y 5% recibió más de un litro).

MORTALIDAD

La mortalidad entre los pacientes privados fue de cero.

En los primeros días en la serie del Hospital de Caridad, ocurrió un porcentaje de mortalidad de 1.3%. Nueve de estos pacientes eran del grupo de emergencia.

Siete fueron considerados prevenibles. Tres debido a una fibrinogenopenia, y cuatro debido a reacciones de la transfusión. No ha habido muerte alguna desde 1955.

ANESTESIA

Nosotros preferimos la anestesia raquídea y ésta fue usada en el 95% de los pacientes. Esta reduce la depresión en la respiración del niño a un mínimo.

MORTALIDAD NEONATAL

No hubo ninguna muerte del infante atribuida a la operación misma.

Murieron cinco niños en la serie privada, tres debido a que eran prematuros, como resultado de un parto también prematuro.

Dos murieron debido al problema de incompatibilidad de factor Rh.

Quisiera en estos momentos decir unas palabras de advertencia sobre la selección del día en que se debe practicar la cesárea.

Todos los medios a la disposición deben ser usados para determinar el tamaño del feto y asegurar un infante completamente desarrollado.

Los medios son los siguientes: (1) Historia de la menstruación; (2) comienzo del movimiento del feto; (3) medidas abdominales; (4) una radiografía si es necesaria para chequear la epífisis femoral (5); y finalmente debe hacerse un examen vaginal cada semana para evaluar la dilatación del cuello uterino.

Un cuello uterino, firme y largo, debe demorar la operación aunque la historia de la menstruación pueda indicar un falso día de nacimiento.

Una de las razones por lo que esta operación ha sido hecha más frecuentemente en los últimos cinco años es porque hemos notado un aumento de síntomas pévicos molestos, tales como menstruación anormal, adenomiosis, dolor, etc., en mujeres que han tenido cesáreas repetidas.

Un reciente estudio de 500 pacientes que habían tenido múltiples cesáreas repetidas demostró que el 28% finalmente requirieron la extirpación de la matriz.

Estudios radiográficos (hechos en Inglaterra por los doctores Poidevin y Beckner), y en otros lugares, han demostrado una incidencia muy alta de anomalías del útero, con defectos en la pared uterina que se desarrollaron después de cesáreas repetidas.

En conclusión, puedo decirles que nosotros hemos estado satisfechos con los resultados de esta operación y podemos recomendarla cuando las indicaciones que hemos discutido aquí se presenten.

Es, sin embargo, un procedimiento que debe ser practicado por un cirujano obstétrico y ginecólogo con experiencia, el cual debe estar familiarizado con la anatomía distorsionada en la embarazada, y puede corregir las complicaciones que pueden surgir.

Y, para terminar, mis queridos colegas, deseo nuevamente expresar mi sincera gratitud por su amabilidad de permitirme hablarles, y mucho me gustaría invitar a todos Uds. a visitarnos en Nueva Orleans.

Muchas gracias por su gentil atención.

S U M M A R Y

The experience with cesarean-hysterectomy of the last 20 years at the Charity Hospital of New Orleans and the Ochsner Clinic is reviewed. In this period, 1,000 and 150 cesarean-hysterectomies have been performed in the former and later institutions out of 6,600 and 1,000 cesarean operations respectively. The morbidity was 33% at Charity and 10% at Ochsner Clinic. The commonest complication was urinary tract infection. There was no maternal mortality at the Ochsner Clinic. Mortality was 1.3% at the Charity Hospital, but half of this could have been prevented.