

## Cesárea Histerectomía total Experiencia Personal en 20 casos\*

por

Dr. Romano Delcore S.

Dr. Adolfo Broutin P.

La cesárea histerectomía conservó hasta hace poco tiempo carácter de operación formidable, casi siempre asociada a grandes complicaciones obstétricas. Fue como operación heroica en casos de hemorragia o infección, que Edvardo Porro, en 1876, (8) la reportó y recomendó; recordemos, de paso, que quien amputó el útero después de una cesárea por primera vez fue Storer, (5) y no, como erróneamente se cree, Porro. También es bueno aclarar, como lo hace Greenhill, que Porro practicaba una operación bien diferente de la que en la actualidad se hace; en efecto, este autor, una vez amputado el útero en el segmento, marsupializaba el resto. De manera que no es correcto hablar de "operación de Porro" cuando lo que se hace es otro tipo de intervención.

En 1948, Dieckmann y Col, (3) en un extenso trabajo sobre esta operación, sólo hablan de cesárea histerectomía practicada de emergencia o por patología uterina; más reciente, el trabajo de Dosal de la Vega (4) no menciona cesárea histerectomía "electiva". Entre 1951 y 1958 aparecen reportados 765 casos de cesárea histerectomía, de los que el 70% fueron electivas, (8) observándose ya un cambio en las indicaciones.

Davis (1) justifica la cesárea histerectomía electiva en los siguientes casos: 1) cuando los embarazos están contraindicados médicamente; 2) patología uterina; 3) en mujeres cerca de la menopausia, en que el útero no va ya a dar más hijos, y, 4) siempre y cuando no se aumente el riesgo quirúrgico.

A su vez, Mac Kenzie (7) afirma que "ésta relativamente fácil operación controla la infección intra-uterina, elimina el peligro de hemorragia, quita la patología del útero y seteriliza positivamente". Respecto a este último punto, Meyer y Countiss (8) señalan que en 30.000 casos de esterilización tubaría encuentran del 0,25% al 3,0% de fracasos; que la morbilidad varía de 9,1% al 22,9% y la mortalidad del 0,1% al 0,5%; además, que del 2,5% al 24% de estas pacientes necesitaron subsecuente cirugía por diversa patología uterina.

Siempre que se habla de histerectomía, cabe preguntarse qué efecto producirá la extirpación del útero en la actividad ovárica y en la libido femenina. Ambas interrogantes ya han sido contestadas clínicamente por varios autores. Davis (1) demuestra, con controles

\* Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios

en este grupo fue de casi 39 años (38.8).

Tratamos de que los casos escogidos como electivos fuesen casi siempre de más de 35 años; sin embargo, Montague (9) no pone ningún límite de edad.

#### PARIDAD

Entre las cinco emergencias, la paridad era la siguiente: una primerigesta, otra tercergesta; dos quintigestas y la última tenía siete hijos.

Entre las electivas, el promedio de hijos vivos era de 11 por paciente. Encontramos cuatro setimigestas; cuatro tenían, respectivamente, nueve, trece, catorce y quince gestaciones; cuatro pacientes estaban en la décima-sexta; dos en la décima-sétima y una en la vigésima-primera.

#### ANESTESIA

En todos los casos la anestesia empleada fue la misma: pentotal; éter-oxígeno y en algunos casos relajantes musculares.

#### TIPO DE OPERACION

Únicamente en cuatro casos (todos de emergencia) se hizo histerectomía subtotal; hay que hacer notar que estos fueron los primeros casos operados por el autor, influenciado todavía por la costumbre de creer que esta operación incompleta es más fácil y se hace en menos tiempo que la histerectomía total. Ya en la última emergencia, un caso de extrema gravedad e interés (será reportado en breve) se practicó histerectomía total con ooforectomía unilateral en muy poco tiempo.

En los otros 16 casos se hizo siempre histerectomía total; esta operación se acompañó de salpingo-ooforectomía unilateral en cinco casos, bilateral en un caso; se extirpó el apéndice en todos los casos en que no se había hecho esto antes (doce casos) y en ninguna ocasión se invaginó el muñón.

Es indudable que la cesárea clásica sangra más que la segmentaria; además, en esta última, se ha adelantado un tiempo quirúrgico, al disecar la vejiga para hacer la histerectomía. Favorecemos pues, la cesárea segmentaria cuando se planea cesárea + histerectomía.

Como complicación durante el acto quirúrgico, se abrió la cúpula vesical en dos ocasiones: durante un caso de emergencia por ruptura uterina (de los primeros operados) y durante un caso electivo. En ambos, la herida cerró por primera intención, sin ninguna consecuencia.

## RESULTADOS FETALES INMEDIATOS

El cuadro No. 2 enseña los resultados fetales inmediatos claramente

CUADRO No. 2

Resultados fetales inmediatos

Caso	Estado del niño al nacer	Peso en Gm.	Talla en cm.	Sexo
1 cmer	bien	1950	42	M
2 "	muerto	—	—	M
3 "	bien	3515	51	F
4 "	muerto	—	—	—
5 "	muerto	—	—	F
6 elect.	regular	2700	50	F
7 "	bien	3360	—	M
8 "	bien	—	—	F
9 "	bien	3140	50	F
10 "	regular	3200	48	F
11 "	bien	3800	—	F
12 "	bien	4451	—	M
13 "	bien	2750	49	M
14 "	bien (gemelos)	2200	45	M
		2060	43	F
15 "	bien	2700	48	M
16 "	muerto en útero	—	—	M
17 "	bien	2675	46	F
18 "	bien	2870	48	M
19 "	bien	4000	53	F
20 "	bien	3750	47	M

### TIEMPO OPERATORIO

El tiempo consumido en la operación varió de, mínimo, 45 minutos (cesárea clásica-histerectomía total-salpingo-ooforectomía y apendicectomía) a, máximo 1 hora con 52 minutos (cesárea, histerectomía total, salpingo-ooforectomía y apendicectomía). El promedio fue de 76 minutos.

Ahora bien, es interesante comparar que, las cuatro histerectomías subtotales se hicieron con un promedio de 68.2 minutos; en éstas, exclusivamente se practicó la histerectomía subtotal; no se perdió tiempo siquiera en la histerotomía, pues, por ser rupturas uterinas, el feto ya estaba en la cavidad abdominal. Nunca, en éstas, se extirpó el apéndice.

El tiempo promedio en que se hicieron las histerectomías totales fue de únicamente 77.8 minutos, es decir, menos de 10 minutos más que en las subtotales. No olvidemos que en éstas sí se hizo histerotomía, y, en doce de ellas, apendicectomía; esta última maniobra resultó, en algunos casos, bastante difícil, por adherencias o por presentarse el apéndice retrocecal. Además, por no ser emergencias, lógicamente se hicieron con más calma.

### CURSO POST OPERATORIO

La estancia hospitalaria fue de 5 días como mínimo y de 51 días como máximo, con un promedio de 11.7 días.

Morbilidad post-operatoria. Entendiendo como tal la presencia de fiebre de por lo menos 38°C por dos días consecutivos, exceptuando el primer día post-operatorio, se presentó únicamente en dos casos (10%). En cesáreas, según reportan Delcore y Pérez, (2) la morbilidad es del 22.5%.

Mortalidad materna. Murió una paciente: caso triste de parto abandonado a domicilio en una primigesta, que ingresa al Servicio agónica, con ruptura uterina que casi amputaba el útero y febril (39°C). Falleció 48 horas después de la operación.

### FACTORES DETERMINANTES DE LA CONDUCTA QUIRURGICA

(Para mayor claridad, remitimos al lector al Cuadro No. 3)

### COMENTARIOS

Sin llegar a extremos tales como afirmar que la operación ideal cuando no se desean más embarazos es la cesárea histerectomía (9), si creemos que esta operación tiene un lugar importante en la especialidad y que es, además, un avance lógico en la cirugía obstétrica moderna (1).

Nuestros casos electivos dan buen ejemplo de cuáles pueden ser las aplicaciones de este tipo de cirugía en nuestro medio. Realmente, no creemos justificado el practicar una salpingectomía bilateral en una gran múltipara de 39 o más años, con grandes várices, por ejemplo, y, que, por añadidura, vive en una región remota, donde no po-

CUADRO No. 3

Factores determinantes de la conducta quirúrgica

Caso	Edad	Partos	Factores determinantes	Antecedentes	Morbilidad
1	35	4	ruptura uterina		no
2	26	4	ruptura uterina	pres. facial	no
3	25	8	ruptura uterina	cesárea ant.	no
4	20	0	ruptura uterina	parto abandonado	murió
5	38	2	ruptura uterina	cesárea ant.	si
6	44	10	gran multipara: edad	cesárea ant.	no
7	26	6	posición transversa	psiconeurosis	no
8	29	7	infección intra uterina	gran multi-para	no
9	41	16	infección intra uterina	retenciones placentarias	si
10	34	11	grandes várices vulvares	gran multi-para	no
11	46	6	facial, pólipo cervical	—	no
12	38	12	posición transversa	—	no
13	44	14	grandes várices vulvares	tuberculosis pulmonar	no
14	40	14	gemelar	gran multi-para	no
15	37	7	placenta previa	gran multi-para	no
16	47	16	feto muerto en útero grandes várices	hipertensa	no
17	35	11	grandes várices vulvares	gran multi-para	no
18	44	10	edema, albuminuria	retenciones placentarias	no
20	41	12	hipertensión arterial	gran multi-para	no

drá ser controlada en forma adecuada durante su menopausia. Además, recordemos que esta mujer tiene muchas oportunidades de ser nueva candidata a cirugía pélvica por patología uterina (del 2.5% al 24%) (8).

No se crea o interprete como que estamos propugnando la idea de que se deben de quitar úteros después de cierta edad; nada más lejos de nuestra intención. Pero, si somos de la opinión de que, si se va a practicar cirugía mutilante que incapacitará a la mujer para futuras gestaciones dejando, como residuo, un órgano prácticamente inservible la mejor cirugía será siempre la más completa.

No debe escaparse la importancia que tiene el que esta operación sea debidamente aprendida, no en casos de emergencia, por los residentes de los servicios de obstetricia y futuros especialistas. La única manera, creemos, de aprender cirugía correctamente, es practicándola sin el apuro y aprensión de la emergencia; no creemos que se deba esperar la ruptura uterina o la atomía post-partum para darle al residente la oportunidad de hacer, por las primeras veces, este tipo de cirugía.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presentan veinte casos de cesárea-histerectomía.
2. 15 casos son "electivos"; 16 casos son cesárea histerectomía totales.
3. Se enfatiza el hecho de que la cesárea-histerectomía total se hace en el mismo o menor tiempo que la cesárea-histerectomía subtotal.
4. Creemos, pues, que ante el caso concreto, se debe hacer siempre la cesárea-histerectomía total.
5. La morbilidad post-operatoria es mucho menor que después de una simple cesárea.
6. Se destaca la importancia y el lugar de esta operación en la cirugía obstétrica actual y su valor en la preparación de los residentes de la especialidad.
7. Por último, creemos que no se debe dejar la cesárea-histerectomía únicamente para solucionar casos de emergencia sino, por el contrario, que su mayor aplicación está en casos electivos.

#### BIBLIOGRAFIA

1. DAVID, M. EDWARD.

Complete cesarean hysterectomy. A logical advance in modern obstetric surgery. Am. J. of Obst. & Gynec. 62(838-853). 1951.

2. DELCORE, ROMANO; PEREZ, VINICIO.

Cesárea. Análisis de 1084 casos. Presentado ante el XXX Congre-

---

so Médico Nacional. - 1960.

3. **DIECKMANN, W. J.; BJORK, FLOYD J.; ARAGON, GLORIA T.**  
Cesarean hysterectomy at the Chicago Lying-In Hospital. J.A.M.A. 137 (1017-1023). 1948.
  4. **DOSAL DE LA VEGA, MANUEL.**  
Consideraciones estadísticas sobre cesárea histerectomía. Memoria del II Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Pág. 707-719.
  5. **GREENHILL, J. P.**  
Principles and Practice of Obstetrics. 10th - Edition. Sanders y Co. Pág. 952-958. 1958.
  6. **HALLATT, JACK G.; HIRSCH, HENRY.**  
Total hysterectomy for sterilization following cesarean section. A report of 65 cases. Am. J. of Obst. & Gynec. 75 (396-400). 1958.
  7. **MAC KENZIE R. A.**  
Use of cesarean hysterectomy. Am. J. of Obst. & Gynec. 61 (1309-1316). 1951.
  8. **MEYER, HENRY; COUNTESS, EUGENE H.**  
Cesarean Hysterectomy. Am. J. of Obst. & Gynec. 77 (1240-1244). 1959.
  9. **MONTAGUE, CHARLES F.**  
Cesarean hysterectomy: its value as a sterilization procedure. Obst. & Gynec. 14 (28-36). 1959.
-