

Trabajos Originales

HISTERECTOMÍA POSPARTO: EXPERIENCIA DE CLÍNICA LAS CONDES

Jorge Andrés Robert S., Paolo Ricci A., Tulio Rodríguez A., Andrés Pons G.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Las Condes.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la experiencia clínica de pacientes sometidas a histerectomía posparto (HPP). **Método:** Estudio retrospectivo de la HPP efectuadas en Clínica Las Condes entre enero de 2000 y diciembre de 2009. **Resultados:** Hubo 15.356 partos con 34 casos de HPP (incidencia de 2,2 histerectomías/1000 partos). La edad materna promedio fue de 36 años; 97% eran multíparas. La edad gestacional promedio al parto fue 36,1 semanas (rango: 27-40). **Causas principales:** acretismo placentario (61,8%), inercia uterina (20,6%) y rotura uterina (8,8 %). En el 29,4% se realizó además la ligadura de arterias hipogástricas. Histerectomía total en el 85,3%. El 91,2% presentó complicaciones, la más frecuente correspondió a lesión vesical asociada a acretismo placentario (26,5%). En el postoperatorio inmediato hubo 29 casos de anemia, 10 casos de coagulación intravascular diseminada, 2 casos de hemoperitoneo (reoperadas) y 2 pacientes con choque hipovolémico. Hubo 1 caso de trombosis pelviana, 1 caso de trombosis de vena ovárica y 1 caso de fasciitis necrotizante. Tardíamente hubo 3 casos de depresión, 1 tromboembolismo pulmonar, 1 fístula vésico-vaginal y 1 proceso inflamatorio pelviano. No hubo muertes maternas. Transfusión de sangre y/o hemoderivados en 76,5%. Hubo 1 mortinato y 2 mortineonatos con un 8,5% (3/35) de muerte perinatal. **Conclusiones:** La HPP es una intervención de urgencia que se plantea frente a una hemorragia severa, secundaria a diversas patologías, durante o posterior al parto, asociada frecuentemente con cesárea anterior e inercia uterina.

PALABRAS CLAVE: *Histerectomía posparto, histerectomía obstétrica, hemorragia posparto, inercia uterina, placenta accreta*

SUMMARY

Objective: To analyze the clinical experience of peripartum hysterectomy (PH). **Method:** Retrospective review of women who required PH at Las Condes Clinic since January 2000 to December 2009. **Results:** In the study period 15,356 patients were delivered with 34 cases of PH (incidence: 2.2/1000 deliveries). The mean age was 36 years old, 97% were multiparous. The mean gestational age at delivery was 36.1 weeks (range: 27-40). **Causes:** placenta accreta (61.8%), uterine atony (20.6%) and uterine rupture (8.8%). In 29.4% a bilateral hypogastric ligation was added to the hysterectomy. Total hysterectomy was performed in 85.3% of cases. There was at least one complication in 91.2% women. The intraoperative bladder injury associated with placenta accreta was the most frequent complication (26.5%). Postoperative complications: 29 cases of anemia, 10 cases of disseminated intravascular coagulopathy, 2 hemoperitoneum that required surgical reexploration, 2 cases of hypovolemic shock, 1 case of pelvic thrombosis, 1 case of ovarian vein thrombosis and 1 case of necrotizing fasciitis. Late complications included depression, pulmonary embolism, bladder-vagina fistula and pelvic inflammatory disease. 76.5% required transfusion. There were no cases of maternal death with 8.5% of perinatal death. **Conclusions:** PH it is performed in patients with severe bleeding during or

after labor and delivery, frequently is associated with serious maternal morbidity. Previous cesarean section with abnormal placental implantation and uterine atony were the most frequent indications.

KEYWORDS: *Peripartum hysterectomy, obstetric hysterectomy, post partum hemorrhage, uterine atony, placenta accreta*

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo se reportan unos 120 millones de embarazos cada año y más de 600.000 muertes maternas relacionadas con la gestación, parto o puerperio (1). La hemorragia y la hipertensión arterial son las principales causas de mortalidad materna en el mundo desarrollado (2). Se estima que por lo menos un 25% de ellas son debidas a hemorragia periparto (3).

Entre las causas más frecuentemente descritas de histerectomía posparto (HPP) se encuentra la inercia uterina, que se estima puede ser responsable de hasta el 80% de los casos (4). Otras causas son la ruptura uterina y las alteraciones de la implantación placentaria (previa, acreta, increta, percreta).

Las posibles complicaciones asociadas a una hemorragia severa del posparto son el choque hipovolémico, la coagulación intravascular diseminada, falla renal, falla hepática, síndrome de distrés respiratorio y muerte materna (5). El tratamiento de estas complicaciones y según la causa que la ocasiona incluye el uso de medicamentos uterotónicos, masaje uterino, balones y/o taponaje intrauterino, embolización de las arterias uterinas, ligadura de vasos sanguíneos, suturas compresivas (B-Lynch) e histerectomía en aquellos casos que no responden a ninguna de las medidas anteriores. La literatura médica estima una incidencia de HPP entre 0,29 y 3,78 por cada 1000 partos (6-11). El 10% de ellas puede requerir una segunda intervención (12).

En este trabajo se presenta la experiencia en pacientes sometidas a HPP en Clínica Las Condes en un período de 10 años.

PACIENTES Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de pacientes a quienes se les realizó histerectomía después de parto vaginal o cesárea, entre enero del 2000 y diciembre del 2009 en Clínica Las Condes.

Se determinó la incidencia de HPP por cada 1000 partos. Se revisaron los antecedentes maternos, las causas que motivaron la intervención, la morbilidad materna y perinatal asociadas, la necesidad de transfusión de sangre y hemoderivados, la

resolución de cada caso y las complicaciones intra y posoperatorias. Se definió como complicaciones del posoperatorio inmediato a aquellas ocurridas durante las primeras 24 horas después de la HPP. Complicaciones del posoperatorio temprano fueron las ocurridas después de las primeras 24 horas y hasta los 7 días siguientes de la intervención y las complicaciones del posoperatorio tardío las ocurridas después de los 7 días de la HPP.

RESULTADOS

En el período analizado hubo 15.356 partos con 34 casos de HPP, con una incidencia de 2,2 histerectomías cada 1000 partos.

La edad materna promedio fue de 36 años (rango: 27 - 46 años). Una paciente era primípara (3%) y 33 multíparas (97%). Entre estas últimas, 9 eran multíparas de 1 parto, 7 de 2, 10 de 3, 2 de 4, 2 de 5, 3 de 6 y 1 de 8 (mediana de 3). Nueve de las 34 multíparas (26,5%) tenían parto vaginal, mientras que las otras 25 (73,5%) tenían el antecedente de cesárea anterior (rango: 1 - 8 cesáreas; mediana 2 cesáreas). La edad gestacional promedio al parto fue de 36,1 semanas (rango: 27 - 40 semanas). La histerectomía fue total en el 85,3% (29 casos) y subtotal en el 14,7% (5 casos). En 10 pacientes (29,4%) fue necesario realizar además de la histerectomía la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas (Tabla I).

Las causas más frecuentes de HPP o cesárea fueron el acretismo placentario en el 61,8% (21 casos, de ellos 18 tenían placenta previa oclusiva), la inercia uterina 20,6% (7 casos), la rotura uterina 8,8% (3 casos), miomas gigantes sintomáticos 5,9% (2 casos) y 2,9% (1 caso) por hematoma de ligamento ancho pos cesárea (Figura 1).

En esta serie, 31 pacientes (91%) presentaron una o más complicaciones. Durante la histerectomía se registraron 9 casos (26,5%) de lesión vesical, todas ellas asociadas con acretismo placentario.

En el posoperatorio inmediato se registraron 29 casos de anemia, 10 casos de coagulación intravascular diseminada, 2 casos de hemoperitoneo que requirieron reoperación y 2 casos de choque hipovolémico. Durante el posoperatorio temprano se registró 1 caso de trombosis venosa pelviana,

1 caso de trombosis de la vena ovárica y 1 caso de fasciitis necrotizante. Otras complicaciones diagnosticadas después del alta materna fueron 3 casos de depresión, 1 tromboembolismo pulmonar, 1 fístula vesico-vaginal y 1 proceso inflamatorio pelviano (Tabla II). No se registraron casos de muerte materna.

Veintiséis pacientes (76,5%) requirieron transfusión de sangre total y/o hemoderivados. El valor promedio del hematocrito más bajo intra o pos operatorio fue de 22% (rango: 12 - 27%).

Un total de 16 mujeres (47%) permanecieron en la Unidad de Tratamiento Intensivo, entre 1 y 11 días (mediana 1 día). El alta hospitalaria fue entre los 3 y 15 días (mediana 5 días).

La vía del parto de las pacientes sometidas a HPP correspondieron a 6 partos vaginales (18%), 2 de ellos inducidos, 4 cesáreas de urgencia (12%) y 24 (70%) cesáreas electivas, la gran mayoría de ellas con cesáreas previas y patología placentaria (Figura 2).

Hubo 3 muertes perinatales (3/35 recién nacidos, 8,5%). Un mortinato de 28 semanas polimalformado y 2 mortineonatos, correspondientes a 1 embarazo gemelar que ingresó con placenta previa

sangrante y acretismo placentario a las 27 semanas de gestación. El peso neonatal promedio fue de 2.978 g (rango: 810 - 4.200 g). Las patologías neonatales más frecuentes fueron la ictericia y la membrana hialina, ambas relacionadas con la edad gestacional al parto.

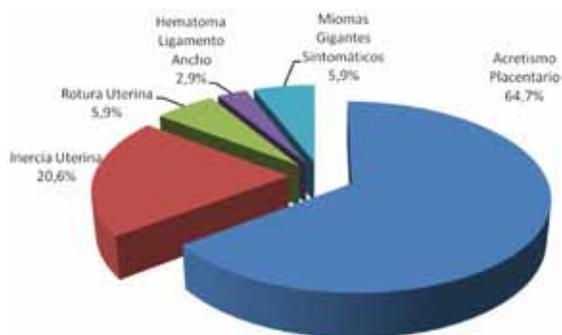


Figura 1. Causas de la histerectomía posparto. De los 21 casos de acretismo placentario, 18 (85,7%) tenían placenta previa oclusiva. Dos de los 3 casos de rotura uterina tenían antecedente de cesárea previa.

Tabla I
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

Criterio de inclusión: pacientes sometidas a histerectomía durante o inmediatamente después de un parto o cesárea	
Período de estudio: 10 años (enero 2000 a diciembre 2009)	
Lugar: Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Las Condes	
Total de partos registrados en el período	15.356 partos
Total pacientes que requirieron HPP	34 pacientes
Incidencia HPP	2,2 HPP cada 1000 partos
Edad materna promedio HPP	36 años (27-46)
Primíparas	3% (1 caso)
Múltiparas	97% (33 casos)
Edad gestacional promedio al parto	36,1 semanas (27-40)
HPP Total	85,3% (29 casos)
HPP Subtotal	14,7% (5 casos)
Ligadura bilateral arterias hipogástricas asociada a HPP	29,4% (10 casos)

HPP: histerectomía posparto

Tabla II
COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA POSPARTO

Total de pacientes con complicaciones	91,2% (31 de 34 pacientes)
- Complicaciones intraoperatorias:	
Lesión vesical (asociada con acretismo placentario)	9 (26,5%)
- Complicaciones del postoperatorio inmediato (primeras 24 horas)	
Anemia	29 (85,3%)
Coagulación intravascular diseminada	10 (29,4%)
Hemoperitoneo con reoperación	2 (5,88%)
Choque hipovolémico	2 (5,88%)
- Complicaciones del postoperatorio temprano (después de 24 horas hasta los 7 días)	
Trombosis venosa pelviana	1 (2,9%)
Trombosis de la vena ovárica	1 (2,9%)
Fasceitis necrotizante	1 (2,9%)
- Complicaciones del postoperatorio tardío (después de los 7 días)	
Depresión	3 (8,82%)
Tromboembolismo pulmonar	1 (2,9%)
Fístula vésico-vaginal	1 (2,9%)
Proceso inflamatorio pelviano	1 (2,9%)

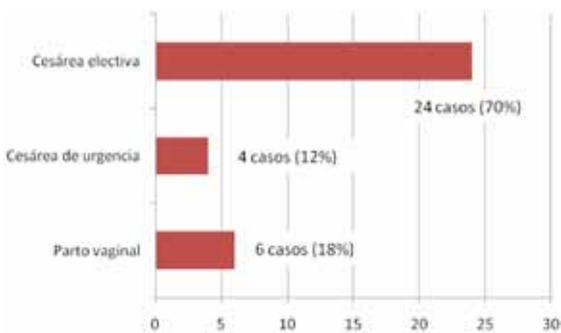


Figura 2. Vía del parto de pacientes con HPP. Dos de los 6 de partos vaginales fueron partos inducidos. Todos los casos de cesárea electiva (70%), correspondieron a mujeres con antecedente de cesáreas previas y/o patología placentaria.

DISCUSIÓN

La HPP es una medida quirúrgica drástica que se realiza en aquellas pacientes que no responden a otros procedimientos, frente a una hemorragia severa después de un parto o cesárea (13). La incidencia en nuestra casuística de 10 años, es similar a otros reportes internacionales. Algunos autores sostienen que la incidencia de HPP ha aumentando en los últimos años, probablemente debido al aumento de los partos por cesárea (14), a pesar de los nuevos agentes farmacológicos y de las nuevas técnicas

quirúrgicas para controlar la HPP (15).

La HPP es realizada más frecuentemente frente a una hemorragia severa como una medida de urgencia, tal como fue en el 94% de esta serie. En nuestra casuística la principal causa que originó la histerectomía fue el acretismo placentario, seguido de la inercia uterina, la rotura uterina y mioma uterino coexistente. Otras series, especialmente las de países en desarrollo muestran como primera causa la inercia uterina, llegando en algunas estadísticas hasta el 80%, mientras que otros estudios, muestran los defectos de placentación asociados a cesáreas previas como la primera causa (4,9,11,15-19).

La HPP tiene una alta frecuencia de morbilidad materna, con cifras de mortalidad que varían entre el 0,6 y el 19,3% (9,10,15,20). Si se comparan la morbilidad y la mortalidad de esta intervención con las estimadas para la histerectomía no obstétrica, las de la HPP son ampliamente superiores, estimándose una mortalidad para ésta 25 veces mayor (21). En esta revisión no hubo mortalidad materna, sin embargo, el 91% de las pacientes registró una o más complicaciones. Diferentes publicaciones muestran complicaciones similares en tipo y frecuencia a las encontradas en nuestra experiencia (17).

La transfusión de sangre y/o hemoderivados fue necesaria en el 79% de las pacientes, muchas de ellas por presentar durante la histerectomía o en el posoperatorio inmediato, una coagulación intravascular por consumo de factores. Esta morbilidad

secundaria a hemorragia profusa, podría disminuir si la decisión de la histerectomía se realiza sin demora. Más aún, si existe diagnóstico prenatal de los casos que tienen patología placentaria, se puede estar preparado para una eventual decisión que involucre una histerectomía de urgencia (22,23).

En una revisión de 24 artículos con 981 casos de HPP, el 44% de las pacientes requirió de transfusión sanguínea (12), cifra menor que la nuestra, sin embargo debemos recordar que la indicación para realizar una transfusión de sangre y/o hemoderivados puede variar en diferentes países y centros hospitalarios. Una segunda cirugía, después de la HPP debido a hemoperitoneo o hemorragia retroperitoneal, se describe hasta en el 6% de las pacientes, muchas veces asociada a coagulopatía de consumo (24). En esta serie, 2 pacientes (5,8%) requirieron de una reintervención quirúrgica, una de ellas en 4 oportunidades.

La HPP debe considerarse como una intervención quirúrgica mayor ya que al tratarse de una medida de urgencia con morbilidad asociada, no solo supone riesgos de morbi-mortalidad materna y perinatal sino también, el término de la función reproductiva, lo que puede ser más grave aún, si ocurre en una paciente primigesta u ocurre una muerte perinatal. La implicancia sobre la fertilidad de la mujer puede ser la causa de una posible depresión (24). En esta serie se registró un 5,8% de depresión durante el posoperatorio tardío.

La HPP subtotal es una alternativa razonable ante la emergencia, sin embargo en aquellos casos en que se compromete el istmo y el cuello uterino, como puede ocurrir en una placenta previa acreta, puede ser necesaria una histerectomía total (18). En nuestra serie la primera causa de HPP fue el acretismo placentario y la histerectomía total fue la más frecuente.

Algunos autores sostienen que existe un mayor riesgo de HPP en pacientes con cesárea previa ya que ésta condición se asocia más frecuentemente a alteraciones de la placentación (14). En nuestra casuística, 33 pacientes eran multíparas y el 71% de ellas tenía antecedente de cesárea previa lo que coincide con esa observación. Otro estudio de casos y controles, determinó que la mayor frecuencia de HPP, ocurre en multíparas, ya sea con primera cesárea o cesárea iterativa (9,25). El aumento sostenido en la incidencia de la operación de cesárea, puede ser la causa de un incremento de la HPP reportada por algunos autores (14). A su vez, la HPP puede complicarse con una lesión vesical intraoperatoria, sobre todo en presencia de acretismo placentario, con el riesgo de secuelas tardías como fístulas véscico-vaginales, tal como ocurrió en una de nuestras pacientes.

CONCLUSIÓN

La indicación más frecuente de HPP, fue la placenta previa con acretismo placentario en mujeres con antecedente de una o más cesáreas y la inercia uterina. Aunque no hubo casos de muerte materna, es un procedimiento quirúrgico necesario en casos de hemorragia severa del posparto y que se asocia frecuentemente con graves complicaciones intra y posoperatorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rizzi RG. Maternal mortality. A necessary revision for its acknowledgement, its medical and social causes and a proposal of actions to be undertaken for its reduction. *Rev Fac Cien Med (Cordoba)* 2005;62(1):26-32.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. Who analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367(9516):1066-74.
3. World Health Organization. Attending to 136 million births, every year: make every mother and child count. The world report 2005. Geneva, Switzerland: WHO 2005;62-3.
4. Tamizian O, Arulkumaran S. The surgical management of post-partum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16(1):81-98.
5. Mousa HA, Walkinshaw S. Major postpartum haemorrhage. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13(6):595-603.
6. Kayabasoglu F, Guzin K, Aydogdu S, Sezginsoy S, Turgeldi L, Gunduz G. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary Istanbul hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278(3):251-6.
7. Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274(2):84-7.
8. Habek D, Becareviç R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. *Fetal Diagn Ther* 2007;22(2):139-42.
9. Güngördük K, Yildirim G, Dugan N, Polat I, Sudolmus S, Ark C. Peripartum hysterectomy in Turkey: a case-control study. *J Obstet Gynaecol* 2009;29(8):722-8.
10. Rabiú KA, Akinlusi FM, Adewunmi AA, Akinola OI. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Lagos, Nigeria: a five-year review. *Trop Doct* 2010;40(1):1-4.
11. Glaze S, Ekwálanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, *et al.* Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008;111(3):732-8.
12. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2010;115(3):637-44.
13. Turner MJ. Peripartum hysterectomy: an evolving picture. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;109(1):9-11.
14. Bodelon C, Bernabe-Ortiz A, Schiff MA, Reed SD.

- Factors associated with peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2009;114(1):115-23.
15. Lone F, Sultan AH, Thakar R, Beggs A. Risk factors and management patterns for emergency obstetric hysterectomy over 2 decades. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;109(1):12-5.
 16. Bibi S, Danish N, Faward A, Jamil M. An audit of primary post partum hemorrhage. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007;19(4):102-6.
 17. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity. *J Obstet Gynaecol* 2007;27(1):44-7.
 18. Saeed F, Khalid R, Khan A, Masheer S, Rizvi JH. Peripartum hysterectomy: a ten-year experience at a tertiary care hospital in a developing country. *Trop Doct* 2010;40(1):18-21.
 19. Walfish M, Neuman A, Wlody D. Maternal Haemorrhage. *Br J Anaesth* 2009;103 Suppl 1:i47-56.
 20. Knight M; UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. *BJOG* 2007;114(11):1380-7.
 21. Wright JD, Devine P, Shah M, Gaddipati S, Lewin SN, Simpson LL, et al. Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2010;115(6):1187-93.
 22. Selo-Ojeme DO, Bhattacharjee P, Izuwa-Njoku NF, Kadir RA. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(2):154-9.
 23. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA, Magann EF, Chauhan SP, et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(2):154.e1-5.
 24. Kayabasoglu F, Guzin K, Aydogdu S, Sezginsoy S, Turkgeldi L, Gunduz G. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary Istanbul hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278(3):251-6.
 25. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P; United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):97-105.
-