HISTERECTOMIA EN OBSTETRICIA

Doctor **V. Manuel Avilés B.** *

Hablar de histerectomía en Obstetricia parece un contrasentido, pero en realidad no lo es, si consideramos que entre las primordiales finalidades de esta rama de la Medicina están la conservación de la madre y del niño, y con la extirpación de la matriz salvamos muchas veces la vida de la madre.

Si bien es cierto que los problemas de orden clínico-terapéutico hicieron su época y en la actualidad son poco apreciados como temas de Congreso, pienso que no pueden dejar de considerarse, sobre todo cuando ellos constituyen soluciones que son el desideratum en el tratamiento de algunos cuadros graves. En esta convicción, creo que la histerectomía en Obstetricia es una materia digna de estudio, que debe recibir el aporte que la experiencia proporciona, agregando rectificaciones derivadas de impresiones recogidas a través de la objetividad y de la documentación múltiple e impersonal.

De acuerdo con estas premisas, me propongo, sin ninguna pretensión, dar a conocer las ideas que sustento sobre este tema, las que, aunque vulgares, están fundadas en la experiencia personal de cerca de cuarenta años y constituyen la base de los conceptos que sobre el particular existen en la que fuera mi Cátedra y Servicio Hospitalario.

Me serviré para llevar a cabo este cometido, de algunos datos estadísticos de la Maternidad del Salvador, estudiados cuidadosamente por uno de mis ex-ayudantes, el doctor Carlos Rüttimann.

Con fines de comparación, consideraré dos épocas un tanto distantes, correspondientes al quinquenio 1936 - 1940, en las que todavía no disponíamos de los recursos anti-infecciosos actuales y la propia transfusión sanguínea era practicada en muy baja escala, y otra reciente, que corresponde a los últimos cinco años, en la que los medios y elementos terapéuticos con que se cuenta son superiores. No obstante estos poderosos auxilios y el indiscutible progreso alcanzado, no sin sorpresa, con motivo de la preparación de esta disertación, he comprobado que la extirpación del útero en Obstetricia, lejos de disminuír ha aumentado notoriamente en los últimos años y, lo que es aún más extraño, los resultados de su práctica son muy semejantes (Cuadro 1).

* Santiago de Chile.

CUADRO 1

FRECUENCIA

	1936 - 1940	1957 - 1961
Casos obstétricos	22.097	48.159
Histerectomías	57	214
Proporción	2,5%	4,44%

Numerosos cuadros nosológicos, incidiendo en los distintos períodos del estado grávido puerperal, pueden requerir de una histerectomía como tratamiento (Cuadro 2), pero, ciertamente, sus indicaciones han variado, disminuyendo hasta casi desaparecer, con motivo de ciertos procesos, desgraciadamente surgiendo otros, e incrementando su frecuencia en los más.

CUADRO 2

MOMENTO EN QUE SE PRACTICAN

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Embarazo	6 - 10,52	9 - 4,23
Aborto	13 - 22,80	53 - 24,76
Parto y alumbramiento	22 - 38,59	98 - 45,78
Puerperio	16 - 28,07	54 - 25,23
TOTALES	57 casos	214 casos

La disminución de la exéresis uterina, durante el embarazo, obedece, principalmente, al substancial cambio de criterio para tratar el desprendimiento prematuro de la placenta. La gravedad de este síndrome y la influencia de Couvelaire, que difundió el concepto de apoplejía uterina, llevaron, en una época ya lejana, a indicar la extirpación del útero en gran escala; felizmente, el tratamiento médico suplantó con éxito inigualado la solución de este accidente, dejando limitada la histerectomía a un número muy reducido de casos.

En nuestro estudio aparecen 13 casos de histerectomía por apoplejía uterina y, como puede observarse, en el Cuadro 3, su frecuencia en el último tiempo ha descendido notablemente.

CUADRO 3

CAUSAS

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Rotura uterina	15 - 26,31	41 - 19,15
Inercia uterina	10 - 17,54	36 - 16,82
Acretismo placentario	1 - 1,75	57 - 26,63
Apoplejía uterina	5 - 8,77	8 - 3,73
Perforación uterina	6 - 10,52	6 - 2,80
Metritis gangrenosa	16 - 28,07	54 - 25,23
Miomatosis uterina	2	5
Embarazo cervical	0	3
Ca. del cuello	1	1
Malformación uterina	1	0
Hipofibrinogenemia	0	2
Trombo abdomino-pelviano	0	1
TOTALES	57 casos	214 casos

Conducta conservadora se ha impuesto, también en el tratamiento de la miomatosis uterina concomitante con el embarazo, y lo efectivo es que, en general, no se observan las complicaciones sépticas, trombóticas o necrósicas que, según los autores clásicos, en otros tiempos llevaban con ligereza a la extirpación de la matriz por esta causa.

La coexistencia del embarazo con el cáncer del útero es, como todos sabemos, escasa. Prácticamente incompatible con el epitelioma del cuerpo, rara vez se presenta en concomitancia con

el del cuello, dadas las razones de edad y alteraciones locales que impiden o dificultan la fecundación. Frente a esta emergencia clínica, en los primeros meses del embarazo, nuestro criterio es de inmediato poner en práctica el tratamiento que el caso requiere.

La histerectomía pospuesta cada vez más en el tratamiento del cáncer cervical del útero en general, encuentra en Obstetricia su aplicación, cuando practicada una cesárea, se teme que una infección uterina postergue la aplicación inmediata de un tratamiento fisioterápico. En nuestra casuística hay sólo dos casos de histerectomía por epitelioma. Cuadro 3.

La extirpación del útero, con motivo del embarazo cervical, encuentra su indicación en las alteraciones que ocasiona la nidación ovular en esta región. Las vellosidades profundizan su adherencia hasta los planos profundos y, al sobrevenir el aborto, que en estos casos es la regla, el raspado no es siempre capaz de extraer, sin lesionar, la totalidad de los restos ovulares, determinando copiosas hemorragias, ya sea por fisuración de la pared uterina o por retención de elementos ovulares, circunstancias que, como es natural, obligan ineludiblemente a la histerectomía. La frecuencia del embarazo cervical es, felizmente, muy baja. Cuadro 3.

La degeneración molar del huevo es otro cuadro patológico del embarazo, que lleva en algunas ocasiones a requerir la ectomía uterina. El raspado después del aborto espontáneo o como medida terapéutica indispensable, para tratar esta degeneración del huevo, en el afán de liberar la cavidad uterina de la totalidad de los restos ovulares, se repite e intensifica y, como este órgano, en estas ocasiones, suele estar adelgazado y atónico, debido a la actividad histolítica de las vellosidades hidrópicas y de la intoxicación hidatiforme de la miocélula, es perforado con relativa facilidad, accidente que, unido al temor de la persistencia de vesículas hidáticas, y de la metrorragia consiguiente, culmina, necesariamente, en la histerectomía.

Por otra parte, no es raro observar en los casos de mola la invasión villositaria de la pared del útero, cuadro conocido con el nombre de mola disecante o perforante, modalidad clínica que implica hemorragias y retención obligada de elementos ovulares, los que, a posteriori, serían el origen del corioepitelioma. En cualquiera de estas circunstancias, la histerectomía se impone como único medio de conjurar los peligros inmediatos y futuros de este cuadro patológico. Aunque entre los datos estadísticos presentados no encontramos ningún caso de esta naturaleza, puedo informarles de su existencia, porque en mi práctica he tenido ocasión de conocer y atender a más de alguna enferma con semejante proceso.

Durante los primeros meses del embarazo, la perforación uterina, consecutiva a maniobras criminales practicadas en forma inconveniente, por profesionales inescrupulosos e ineptos, conduce también, con cierta frecuencia, a la ablación del útero. Las portadoras de estos procesos ingresan a los servicios hospitalarios, generalmente varios días después de ejecutadas las manio-

bras, las que, en ocasiones, han sido repetidas dos o más veces. Llegan con frecuencia en muy malas condiciones generales, con metrorragia y distintos procesos sépticos en evolución, cuando no con una peritonitis difusa. En estas circunstancias, la histerectomía se impone, por la imposibilidad y peligros de conservar un órgano tan seriamente alterado, que daría lugar, no sólo a los cuadros peritoneales ya citados, sino también a grandes metrorragias y sepsis generalizadas. Los casos de esta naturaleza, registrados en nuestro estudio, Cuadro 3, son pocos en relación con la cuantía de abortos provocados y perforaciones existentes. De las doce enfermas sometidas a ectomía uterina por esta causa, siete presentaron peritonitis y de ellas sólo una fallece.

Sin lugar a dudas, el parto distócico y el alumbramiento patológico son las emergencias que proporcionan el mayor número de cuadros clínicos y casos que precisan histerectomía.

La rotura del útero, cuya frecuencia se mantiene y aun aumenta, debido al notable incremento de cicatrices uterinas, hecho que, lógicamente, favorece el estallido espontáneo de este órgano, y, con mayor razón, la rotura operatoria, cuando interfieren intervenciones que, en la actualidad, por esta misma razón se eluden, suministra indiscutiblemente un alto número de casos propicios a la extirpación del útero, con tanto mayor razón que para muchas autoridades obstétricas este accidente obliga categóricamente a su práctica. Por felicidad la histerorrafia, tratamiento conservador, entusiastamente propiciado por nosotros desde hace cerca de treinta años, resuelve en nuestro medio una buena proporción de estos accidentes. Como es natural, hay ocasiones en que la histerectomía es forzosa, como cuando la solución de continuidad es irreparable y, especialmente, consecutiva a traumatismos operatorios, o cuando hay grandes infiltraciones sanguíneas con hematomas subperitoneales que llegan hasta el abdomen alto, o cuando existe cualquier proceso séptico, aun una simple infección ovular, o cuando se trata de grandes multíparas, en una palabra, cuando la conservación del útero lesionado constituye un inminente peligro para la vida de la enferma.

En la casuística que nos sirve de base, Cuadro 3, el índice de histerectomía, por esta causa, ha bajado en el último lustro, no obstante que la frecuencia de este accidente, a pesar de la difundida práctica de la cesárea profiláctica en los casos en que hay cicatrices uterinas previas, ha aumentado ostensiblemente.

La inercia uterina post-parto, dando lugar a una gran hemorragia que, a corto plazo, llega a ser incoercible, requiere imperativamente de la histerectomía.

Los antiguos tratamientos nos parecen inútiles y peligrosos: con su empleo, dejamos escapar el momento propicio para practicar la extirpación uterina con éxito. El taponamiento intrauterino, preconizado aún hasta hoy, incluso por tocólogos norteamericanos, como Fisher y Posner, no obstante que éstos, en general, son tan radicales para todas sus medidas, nos parece totalmente inoperante. La ligadura de las

uterinas por vía abdominal, propuesta últimamente por Waters, la juzgamos también improcedente, y estamos firmemente convencidos que si la inercia no cede rápidamente al empleo de ocitócicos por vía endovenosa y a la transfusión sanguínea, que estimamos como los mejores recursos médicos para tratarlas, debemos ir rápidamente a la exéresis uterina, medio drástico pero vital, cuando se practica oportunamente. Su proporción se mantiene invariable, a pesar de la práctica del alumbramiento dirigido, procedimiento con el que se han obtenido resultados alentadores.

El acretismo placentario, tributario en principio de la histerectomía, no por determinar grandes hemorragias, sino más bien por la inevitable persistencia de restos placentarios o por las fisuras y traumatismos que su extracción forzada acarrea, se caracteriza en los datos estadísticos que analizamos, por su elevado índice de frecuencia. Cuadro 3.

El registro de histerectomías por su causa supera toda predicción: del 1,75% en el primer período, sube al 26,63% en los últimos años. Se explica este hecho por una exageración del diagnóstico de placenta acreta, debido, seguramente, a desconocimiento, inexperiencia o precipitación en el juicio clínico, que, como es lógico, en un servicio hospitalario emana de numerosos profesionales, muchos de ellos recién iniciados.

Analizando los posibles motivos de error, debemos señalar que la gran mayoría de los diagnósticos de placenta acreta inciden en casos de placenta previa, rompiéndose por esta causa, el equilibrio humoral y sanguíneo, llegando a la mesa operatoria para ser sometidas a cesárea en estado de anemia aguda y shock. Naturalmente que, en estas condiciones, estas enfermas prosiguen sangrando durante el acto operatorio, lo que induce al cirujano a la extracción manual inmediata de la placenta, una vez extraído el niño, maniobra que efectuada sin la observación de ninguna norma ni medida, con cierta violencia y apremio, por las circunstancias señaladas, desgarra la placenta, aumentando la pérdida de sangre y llevando al diagnóstico de acretismo.

El examen histopatológico indispensable para acreditar este diagnóstico fue realizado en contadas ocasiones, lo que contribuye a confirmar nuestra creencia de que, bajo el rubro de acretismo placentario, deben figurar numerosos casos que no son tales. Seguramente, muchos de ellos corresponden, más acertadamente, a inercias uterinas, secundarias al colapso propio de la anemia aguda y el shock; otros pueden estar vinculados a compromisos del segmento o del cuello uterino, por la inserción anormal de la placenta y, de ser así, la proporción de acretismo placentario real se vería aminorada notablemente.

En la ardua y estéril lucha contra la infección puerperal a fines del siglo pasado y principios del presente, fundándose en el principio quirúrgico que indica la extirpación de todo foco séptico, fueron numerosas las histerectomías practicadas, siguiendo las más curiosas técnicas, como eran las operaciones de Porro, Portes, Selheim y otras,

que se practicaban a raíz del parto o en el puerperio.

En la actualidad, la extirpación del útero por infección puerperal tiene circunscritas sus indicaciones: a los casos de metritis gangrenosa en las sepsis por perfringens, por desgracia bastante frecuentes entre nosotros; a las perforaciones o roturas uterinas, concomitantes con cualquier proceso infeccioso; y a las peritonitis difusas, cuando el útero aparece francamente comprometido o se le considera causante de la contaminación peritoneal.

No obstante la valiosísima e imponderable influencia de las sulfadrogas y antibióticos en la lucha contra la infección puerperal, en nuestra casuística subsisten, aproximadamente iguales los índices de histerectomía por sepsis. Cuadro 3. Este hecho obedece, principalmente, al cuantioso e increíble número de abortos criminales, a la mala asistencia de los partos en los medios rurales, al bajo stándard de vida, a la falta de atención prenatal, por ignorancia, negligencia u otros inconvenientes.

De los dieciséis casos de histerectomía por sepsis, que figuran en el primer período, anterior a la época de los actuales elementos de lucha antiinfecciosa, ocho corresponden a abortos criminales y los restantes a partos complicados. De los cincuenta y cuatro del último quinquenio, cuarenta están vinculados con el aborto provocado.

En el total de histerectomías por metritis, practicadas entre los dos períodos, encontramos treinta y cinco con peritonitis concomitantes y sólo tres casos corresponden a parturientas. De esta cuenta tan simple se deduce y confirma la nefasta influencia del aborto criminal, que es prácticamente incontrolable y que ocasiona, como veremos más adelante, la casi totalidad de los casos fatales por sepsis.

Aunque en los casos de nuestro estudio no aparece consignada ninguna histerectomía por metrorragia tardía del puerperio, debemos hacer presente que este cuadro clínico es también subsidiario de la extirpación del útero. Años atrás se practicaba esta indicación con cierta frecuencia, y su aplicación era lógica. Los reiterados raspados uterinos, destinados a combatir la hemorragia, eliminaban totalmente la mucosa y, lesionada la capa muscular, la metrorragia seguía cada vez más persistente y con más intensidad, llevando a la enferma a un estado crítico de anemia que hacía peligrar su vida si no se extraía el útero.

Con fines de síntesis, hemos agrupado las indicaciones de histerectomía de causa común, como aparece en los cuadros siguientes.

CUADRO 4

AGRUPACIONES ETIOLOGICAS

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Factor hemorrágico	34 - 59,64	151 - 70,56
Factor infeccioso	19 - 33,33	57 - 26,63
Factores diversos	4 - 7,01	6 - 2,80
TOTALES	57 casos	214 casos

En el Cuadro 4 vemos claramente cómo el factor hemorrágico contribuye con el mayor porcentaje de casos, des-

CUADRO 5

FACTOR HEMORRAGICO

Causas	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Rotura uterina	15 - 44,11	41 - 27,14
Inercia uterina	10 - 29,41	36 - 23,84
Acretismo placentario	1 - 2,94	57 - 37,86
Apoplejía uterina	5 - 14,70	8 - 5,28
Perforación uterina	3 - 8,82	3 - 1,96
Embarazo cervical	0	3 - 1,96
Hipofrinogenemia	0	2 - 1,32
Trombo abdomino - pelviano	0	1 - 0,62
TOTALES	34 casos	151 casos

CUADRO 6

OPERADAS EN ANEMIA AGUDA

	1936 - 1940	1957 - 1961
Número de casos	25	137
Porcentaje	43,85	64,01

tacándose en el Cuadro 5 la disminución de histerectomías por rotura uterina debido a las razones ya dadas y, por otra parte, el aumento impresionante de las mismas, motivado por el accretismo placentario. Una mayoría de estas enfermas (Cuadro 6) presentaba, en el momento de la intervención, anemia aguda, cuadro que fue tratado convenientemente con una o varias transfusiones.

CUADRO 7

FACTOR INFECCIOSO

Causas	1936 - 1940	1957 - 1961
Metritis	6	28
Metritis y peritonitis	13	29
TOTALES	19 casos	57 casos

La hipofrinogenemia, proceso de gran importancia y cierta frecuencia, individualizado en los últimos años, figura con sólo dos casos de histerectomía. Frente a las grandes y persistentes hemorragias sin causa aparente, siempre debemos pensar en este síndrome, pero no es de extrañar la baja proporción de extirpaciones del útero registradas por su causa, porque hay cuadros de esta especie que no se diagnostican porque se conjuran con una simple transfusión sanguínea. La administración de fibronógeno, en cantidades suficientes, constituye indiscutiblemente un buen tratamiento de este proceso, pero no hay que olvidar que obedeciendo a causas tóxico-traumáticas, todo el fibrinógeno que se administre, por alta que sea la dosis, se pierde, consumido por el foco etiológico, y si éste no es extirpado oportunamente, la hemorragia continúa y el cuadro se hace irreversible. Elocuentes son los casos de incoagulabilidad sanguínea, en que una vez extirpada la matriz, se ve aumentar rápidamente la tasa de fibrinógeno, disminuyendo hasta desaparecer la pérdida de sangre, aun con una simple transfusión, de aquí inferimos que la histerectomía tiene una indicación precisa, con la condición de que ella sea practicada sin titubeos en momento oportuno.

En el Cuadro 7, en el que se estipulan las causas de orden infeccioso, vemos que la proporción de peritonitis puerperales ha disminuído en un buen porcentaje, a pesar de que, como hemos dicho, el aumento de abortos criminales es considerable. Seguramente este cambio tiene su explicación en la influencia de los antibióticos, que estas

enfermas comienzan a tomar a título profiláctico, desde el momento de provocación del aborto.

Es digno de ser señalado el apreciable número de histerectomías inmediatas a cesáreas. En el Cuadro 8 vemos cómo ellas constituyen un complemento indispensable en la solución de los procesos coexistentes.

CUADRO 8

HISTERECTOMIAS EN OPERACIONES CESAREAS

	1936 - 1940	1957 - 1961
Apoplejía uterina	5	8
Inercia uterina	4	15
Rotura uterina incompleta	1	12
Infección ovular	2	1
Miomatosis	2	2
Acretismo placentario	0	51
TOTALES	14 casos	89 casos

Sandberg, de la Stanford University, sostiene que la histerectomía a continuación de una cesárea mejora el pronóstico de ésta, y fundado en este hecho, preconiza al igual que muchos otros tocólogos americanos, la histerectomía electiva con fines de esterilización, aconsejando que sea total para atender a la profilaxis del cáncer.

En el Cuadro 9 anotamos las extirpaciones del útero en actos operatorios posteriores al de la cesárea. Su número es, naturalmente, reducido, mereciendo destacarse los casos de histerectomía por metritis y peritonitis post-operatorias, cuya proporción la estimamos moderada.

CUADRO 9

HISTERECTOMIAS POSTERIORES A CESAREA

	1936 - 1940	1957 - 1961
Metritis y peritonitis	2	4
Inercia uterina	0	2
Trombo abdomino-pelviano	0	1
TOTALES	2 casos	7 casos

Pasando a considerar la modalidad de histerectomía, vemos en el Cuadro 10 cómo se ha cambiado de criterio en los últimos años, aumentando el número de exéresis totales. Concordamos en que este tipo de histerectomía es el más conveniente para la mayoría de los cuadros obstétricos que requieren esta operación; especialmente en los casos de embarazos cervicales, de acretismos secundarios a placentas previas, de roturas uterinas propagadas desde un desgarro del cuello, en los casos de metritis gangrenosa y, muy en especial, en las séptico-toxemias por perfringens. Pero debemos también ser francos y declarar que la morbilidad post-operatoria, a raíz de la histerectomía total y, especialmente, la mortalidad, aumentan notablemente. Nueve de las veintiséis fallecidas en el último período corresponden a casos de esta especie.

CUADRO 10

VARIEDAD DE HISTERECTOMIA

	1936 - 1940	1957 - 1961
	%	%
Sub-total	55 - 96,5	181 - 84,58
Total	2 - 3,5	33 - 15,42
TOTALES	57 casos	214 casos

La extirpación del útero fue seguida de anexectomía, en un alto porcentaje de casos. Cuadro 11. Muchas veces, sobre todo en los de resección unilateral, esta intervención fue motivada por procesos locales como infiltraciones sanguíneas en los parametrios, trombos anexiales o afecciones inflamatorias. No creemos en la influencia de la falta del útero sobre la función endocrina del ovario, pero sí, en lo que dice relación con los cambios y trastornos circulatorios que acarrea su extirpación.

CUADRO 11

ANEXECTOMIA

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Unilateral	19 - 33,3	39 - 18,22
Bilateral	17 - 29,8	77 - 35,99
Conservación anexos	21 - 36,9	98 - 45,79

Prácticamente hemos suprimido el uso del drenaje, reservándolo para muy contadas ocasiones. Como podemos observar en el Cuadro 12, los índices de su empleo aparecen invertidos de un período a otro. Mientras en el primero se colocaba drenaje en más de 70% de los casos, en el último, su empleo casi no se registra. Debemos recordar que en el primer cuarto de este siglo el Mikulicz era complemento casi obligado en todos los casos de histerectomía y, muy en especial, en los de causa infecciosa.

Hoy día no usamos drenaje ni siquiera en los casos de peritonitis. Estamos convencidos de la inutilidad de este recurso; estimamos que si hay secreción purulenta, ésta debe ser extraída por aspiración durante el acto quirúrgico. Los drenajes con gasa o penrose taponan y los tubos generalmente se obstruyen, no cumpliendo ninguna finalidad evacuadora, porque el peritoneo se adhiere a su alrededor, tabicando la cavidad abdominal, pasando a constituír un cuerpo extraño que mantiene un foco infeccioso y da lugar a adherencias. Como lo dejamos dicho, creemos que la aplicación del drenaje es discutible aun hasta en los casos de peritonitis, en los que personalmente tampoco lo usamos.

CUADRO 12

DRENAJE

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Abdominal	39 - 68,5	8 - 3,37
Vaginal	2 - 3,5	5 - 2,33
Sin drenaje	16 - 28,0	201 - 93,92

En cuanto a medios de anestesia, somos decididos partidarios de la anestesia raquídea, excluyendo su empleo solamente, por la expresa oposición de la enferma o por condiciones patológicas especiales. Aconsejamos respetar el rechazo de la requianestesia porque hemos visto que el fracaso y los accidentes, se observan en relación con la indocilidad, estado neuropático o temor de la enferma a esta clase de anestesia.

Las ventajas que para nosotros tiene la anestesia raquídea es el silencio abdominal, la disminución de la pérdida sanguínea por la vasoconstricción que ella produce y la simplicidad de su técnica. En el Cuadro 13 vemos la alta

proporción en que la aplicamos, exenta aún de las molestias de que se le acusa y sin accidentes dignos de mencionar.

CUADRO 13

ANESTESIA

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Raquídea	21 - 36,7	135 - 63,08
General	36 - 63,3	79 - 36,91
TOTALES	57 casos	214 casos

El carácter de urgencia que tiene la histerectomía obstétrica, en razón de las circunstancias que rodean el caso clínico, hace que su práctica esté siempre expuesta a complicaciones operatorias. En el Cuadro 14 se consignan tres accidentes controlados en el período 1957, 1961, dos heridas de la vejiga y una ligadura ureteral, contratiempos que fueron superados con éxito.

CUADRO 14

COMPLICACIONES OPERATORIAS

	En el período 1957 - 1961	
2	heridas vesicales	
1	ligadura ureteral	
—		
3	—	1,40%

Como complicaciones post-operatorias de importancia advertimos un hemoperitoneo, seis procesos peritoneales, tres septicemias, dos fístulas vésico-vaginales, cuatro evisceraciones, un infarto pulmonar y otras, Cuadro 15, que dieron lugar a otras tantas intervenciones. Cuadro 16. Algunas de estas complicaciones son perfectamente evitables, lo que nos hace encarecer que se tomen todas las precauciones necesarias a su supresión.

CUADRO 15

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	1936 - 1940	1957 - 1961
Peritonitis	6	2
Tromboflebitis	3	0
Absceso pared abdominal	9	38
Hematoma parametrios	0	5
Hemoperitoneo	1	0
Evisceración	0	4
Fístula vésico-vaginal	0	2
Hemorragia muñón uterino	0	1
Infarto pulmonar	0	1
TOTALES	19 - 33,33%	53 - 24,76%

CUADRO 16

OPERACIONES INHERENTES A LAS COMPLICACIONES

	1936 - 1940	1957 - 1961
Laparotomía por peritonitis	6	2
Laparotomía por cuerpo extraño con peritonitis enquistada y fístula intestinal	1	0
Reconstitución pared abdominal	0	4
Reparación fístula vésico-vaginal	0	2
Neoimplantación urétero-vesical	0	1
Ligadura uterina	1	0
Hemostasis muñón uterino	0	1
TOTALES	8 - 14,03%	10 - 4,67%

El Cuadro 17 da una idea del alto empleo de antibióticos y transfusiones sanguíneas como tratamiento. Rutinariamente, en todo caso de histerectomía,

administramos los recursos habituales a toda intervención, como son hidratación, recloruración, analgésicos, estimulantes, etc. La intubación gastro-intestinal se practica ocasionalmente o sólo cuando el caso lo requiere.

CUADRO 17

TERAPEUTICA ESPECIAL

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %	
Transfusiones	16 - 28,07	179 - 83,64	
Penicilina y/o Estreptomicina	-	109	91.60
Antibióticos amplio espectro	-	87	

Como antibióticos se usa de preferencia la asociación penicilina-estreptomicina a las dosis habituales y se recurre a los de amplio espectro: terramicina, cloramfenicol, tetraciclina, etc., en circunstancias especiales y, generalmente, a raíz de un antibiograma que los aconseje.

Aparte de los percances y complicaciones mencionados, el balance estadístico de los casos operados arroja los resultados definitivos que aparecen registrados en el Cuadro 18.

CUADRO 18

RESULTADOS

	1936 - 1940 %	1957 - 1961 %
Alta sana	33 - 58	184 - 86
Alta con secuelas	0	4 - 1,86
Fallecidas	24 - 42	26 - 12,14

Sin rodeos, tenemos que reconocer que ellos son malos. La propia mortalidad de 12,14%, correspondiente al último período, es sin lugar a dudas elevada, y aunque existen reales atenuantes, de ninguna manera podemos estar conformes con ella. Entre éstos podemos invocar que la muestra corresponde a un medio hospitalario, donde se atiende población urbana y rural de escasos medios económicos o sin recursos, y con esto queremos decir que ella comprende toda clase de casos clínicos, habiendo especial concentración de los graves. A la Maternidad del Salvador ingresan, a veces, enfermas después de dos o más días de trabajo de parto, con cualquiera clase de atención por profesionales incompetentes o aficionados, después de haber hecho diferentes recorridos en cualquier medio de movilización, con las más variadas y graves complicaciones que, lógicamente, traen de antemano señaladas el destino que han de correr y, en tales condiciones, una operación de la magnitud de la extirpación del útero tiene pocas probabilidades de éxito. Entre estos casos figuran roturas del útero, infecciones ovulares de tipo saprémico, cuadros peritoneales y anemias sobreagudas, condenados a la muerte y que fueron recuperados gracias a la histerectomía. Basta con considerar la existencia de treinta y cinco cuadros peritoneales concomitantes y la alta proporción de anemias agudas, cercana a las dos terceras partes del total de estas enfermas. Los casos de aborto criminal deambulan, antes de llegar a los servicios hospitalarios, de un lado a otro, por razones obvias, y es así como muchos de ellos ingresan tardíamente en muy malas condiciones generales y

cuando son portadoras de una sepsis por bacilo perfringens, prácticamente lo hacen en estado agónico.

En el Cuadro 19 observamos que las causas de muerte se distribuyen casi por mitades entre los factores hemorrágico y séptico. No se advierten cambios sustanciales entre los dos períodos considerados. Pareciera que los recursos antiinfecciosos, que han prestado y prestan tan importantes como trascendentales servicios a la Humanidad, al extremo de que con su influencia se ha revolucionado la Medicina entera, en Obstetricia no tuvieran acción. En los dos ciclos la mortalidad por sepsis alcanza y sobrepasa el 50% de frecuencia.

No tendría para qué decir entre ustedes que los resultados terapéuticos y la realidad clínica observada en el total de hospitalizadas, son muy distintos, y que, tanto los sulfa-derivados como los antibióticos, le han dado a la Obstetricia el mayor de sus éxitos, al influír notablemente en la derrota de la infección puerperal. Sus valiosos efectos se evidencian elocuentemente en el estudio de la morbi-mortalidad general de los Servicios Obstétricos, y es así como en las tablas estadísticas los índices de frecuencia por sepsis han bajado en cifras cercanas al 80%, los de mortalidad llegan al 1,2‰.

CUADRO 19

MORTALIDAD

	1936 - 1940		1957 - 1961	
Anemia aguda y shock	11	45,83%	11	42,34%
Peritonitis	9	54,17%	3	50,00%
Septicemia	2		3	
Séptico-toxemia perfringens	2		7	
Embolia pulmonar	0		1	
Atrofia amarilla aguda hígado	0		1	
Casos	24 de 57	42%	26 de 214	12.14%

La función que le corresponde al factor hemorrágico en los resultados de la histerectomía es indiscutible. Toda enferma anémica tiene cierto grado de shock, y la gravedad de este síndrome es de todos conocida. No obstante, en el último período, con las transfusiones se ha auxiliado a la casi totalidad de nuestras enfermas, 83,64%; hay muchas de ellas que ingresan con un colapso circulatorio imposible de superar; en estas condiciones, fácil es suponer los efectos de cualquier acto quirúrgico por simple que sea.

Aunque descorazonados por los desalentadores resultados expuestos, seguimos convencidos de que la histerectomía en Obstetricia tiene indicaciones absolutas e indiscutibles. Es altamente significativo y elocuente el hecho de que la frecuencia de los graves problemas

sólo se mantiene sino que aumenta. que conducen a esta intervención no Hay cuadros, como las hemorragias incoercibles, el verdadero accretismo placentario, cierto número de roturas uterinas y los procesos infecciosos de la matriz; sobre todo los coexistentes con procesos peritoneales o traumatismo uterinos, que son y seguirán siendo tributarios del recurso supremo, heroico y, muchas veces, salvador de la histerectomía.