

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

(Basado en Williams Obstetrics, 26.^a ed., Cap. 31)

Definición y Epidemiología

La histerectomía obstétrica es la extirpación quirúrgica del útero durante el embarazo, el parto o el puerperio inmediato, generalmente como una medida de emergencia y salvamento materno, ante hemorragias incontrolables o lesiones uterinas graves.

Histerectomía cesárea

realizada inmediatamente después de la extracción fetal por cesárea.

Histerectomía puerperal

efectuada tras un parto vaginal complicado.

Epidemiología

- Incidencia global: 0,05–0,1% de los nacimientos.
- En contextos de hemorragia obstétrica severa, puede alcanzar hasta 0,3–0,5%.
- En el Williams 26.^a ed., se destaca que el espectro de placenta acreta es actualmente la principal indicación de histerectomía obstétrica en países desarrollados, desplazando a la atonía uterina refractaria.

Indicaciones y Consideraciones Preoperatorias

Indicaciones principales

A. Hemorragias incontrolables

- **Acretismo placentario (accreta, increta, percreta) — causa más frecuente.**
- Atonía uterina refractaria al tratamiento médico y quirúrgico conservador.
- Rotura uterina (espontánea o traumática).
- Desgarros cervicales o del segmento uterino irreparables.

B. Otras causas menos frecuentes

- Tumores o malformaciones uterinas complicadas durante el parto.
- Infecciones uterinas necrotizantes (p. ej., gangrena puerperal).
- Hematomas pélvicos o lesiones vasculares no controlables.

Consideraciones preoperatorias

La paciente suele encontrarse en estado crítico o de shock hipovolémico.

La prioridad inicial es la reanimación hemodinámica: líquidos, hemoderivados y soporte ventilatorio.

Coordinación interdisciplinaria: obstetricia, anestesia, urología y banco de sangre.

En casos previsibles (placenta acreta diagnosticada prenatalmente), se planifica cirugía electiva con equipo especializado.

Técnica Quirúrgica y Manejo

Tipos de histerectomía obstétrica

1. Histerectomía subtotal (supracervical)

- Se conserva el cuello uterino.
- Técnica más rápida, útil en emergencias hemorrágicas.
- Menor riesgo de lesión ureteral o vesical.
- Indicada cuando el sangrado proviene del cuerpo uterino.

2. Histerectomía total

- Se reseca cuerpo y cuello uterino.
- Indicada cuando la hemorragia compromete el segmento inferior o el cuello (p. ej., placenta previa percreta o rotura cervical extensa).
- Mayor tiempo quirúrgico y riesgo de lesión de uréteres y vejiga.

Técnica quirúrgica (según Williams)

1. Incisión abdominal: preferentemente media infraumbilical para mejor exposición.
2. Pinzamiento y sección de ligamentos redondos.
3. Apertura del espacio vesicouterino: desplazamiento de vejiga inferiormente.
4. Pinzamiento y ligadura de vasos uterinos.
5. Sección del útero:
 - En subtotal: a nivel del istmo.
 - En total: resección del cuello y cierre del muñón vaginal.
6. Revisión de hemostasia pélvica y cierre por planos.

 En placenta acreta, el Williams enfatiza evitar intentar desprender la placenta: se recomienda histerectomía con placenta in situ para prevenir hemorragia masiva.

Complicaciones

A. Intraoperatorias

- Hemorragia masiva (hasta 3-5 L).
- Lesión vesical o ureteral. Lesión intestinal.
- Coagulopatía de consumo (CID).

B. Postoperatorias

- Infección de herida quirúrgica o abscesos pélvicos.
- Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- Fístulas vesicovaginales o ureterovaginales.
- Complicaciones anestésicas o respiratorias.

Manejo anestésico e intraoperatorio

- Preferencia por anestesia general (en urgencias).
- Monitorización invasiva: presión arterial, PVC, saturación.
- Transfusión masiva protocolizada si >4 unidades de sangre.
- Uso de ácido tranexámico y uterotónicos hasta descartar posibilidad de preservación uterina.

Consideraciones especiales

1. Placenta acreta

- Planificación quirúrgica previa. Cesárea-histerectomía con placenta in situ.
- Equipo multidisciplinario (cirujano, urología, anestesia, hemodinamia).

2. Histerectomía puerperal

- Mayor dificultad técnica por hipervascularización y edema pélvico. Mayor riesgo de lesión urinaria e infección.

3. Histerectomía en shock hipovolémico

- Priorizar control rápido de sangrado → optar por subtotal.
- Cirujano experimentado.

Resultados y pronóstico

- Mortalidad materna actual: <1% en centros de alta complejidad.
- Principales causas de muerte: hemorragia no controlada, coagulopatía, lesión vascular.
- Morbilidad: 10–15% (infección, transfusión, lesión urinaria).
- Pronóstico fetal variable según causa y momento del parto.

Prevención

- Identificación temprana de factores de riesgo: placenta previa/accreta, cirugía uterina previa, multiparidad.
- Planificación de parto en centros con recursos quirúrgicos y banco de sangre.
- Estrategias conservadoras (embolización, suturas compresivas, balones intrauterinos) antes de llegar a histerectomía.

Seguimiento y cuidados posoperatorios

- Control hemodinámico estrecho.
- Profilaxis antibiótica y tromboembólica.
- Monitoreo de diuresis, drenajes y signos de infección.
- Apoyo psicológico: la histerectomía obstétrica puede generar duelo por pérdida de fertilidad.

Perlas de repaso

- Histerectomía obstétrica = cirugía de salvataje materno ante hemorragia incontrolable.
- Causa más frecuente: placenta acreta.
- Técnica de elección: subtotal en urgencias, total en placenta previa/accreta cervical.
- Evitar desprender placenta en casos de acretismo.
- Riesgo principal: hemorragia masiva y lesión urológica.
- Pronóstico depende de rapidez del diagnóstico y experiencia del equipo.

 **Referencia:** Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams Obstetrics. 26th ed. McGraw-Hill; 2022. Capítulo 31: Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy, p. 645–661.