

11217
86
39.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES.

T I T U L O : Cesárea hysterectomía, análisis de 70 casos revisados en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. De Enero de 1989 a Diciembre de 1990.

Arguilla



T E S I S :

S. S. A.

Que para obtener el título de

ESPECIALISTA EN
JEFATURA DE ENSEÑANZA

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. L. ANTONIO NARANJO GUTIERREZ.

PAIS DE ORIGEN

TESIS CON

A S E S O R :

DR. AMONARIO DIAZ DE LEON RAMOS.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Indice .-

Introducción	1
Antecedentes históricos.	3
Hipótesis	8.
Objetivos	9.
Material y métodos	11.
Resultados	12.
Discusión	20.
Conclusiones	23.
Bibliografía	26.

Introducción .-

Antes de iniciar este trabajo me parece importante - diferenciar dos procedimientos quirúrgicos que en un momento dado pueden causar confusión, el primero de ellos - es el que se va a tratar en este estudio y es la cesárea-histerectomía, en cual es un acto quirúrgico en el que - se llevan a cabo ambos procedimientos en un mismo tiempo, en cambio la histerectomía post-cesárea, como lo menciona dicho evento, primero se lleva a cabo la cesárea y en un segundo tiempo quirúrgico se realiza la histerectomía.

Nos hemos interesado en el estudio de la cesárea-histerectomía por la importancia que tiene en la obstetricia moderna, a pesar de la baja frecuencia con que se presenta, ya que la decisión de llevarla a cabo es de gran importancia para preservar la vida de la paciente.

Es curiosa la evolución histórica de la cesárea histerectomía, pues revisando los antecedentes de la misma, podemos observar que las indicaciones de la época en que se empezó a realizar este procedimiento en la actualidad son completamente obsoletas, tomando en cuenta que en un

principio de utilizó para la extracción del producto y -
" evitar " las infecciones subsecuentes, y posteriormente
hasta como método de planificación familiar (esteriliza-
ción).

Para este estudio hemos tomado en cuenta los si---
guientes parámetros : Edad de la paciente, paridad, diag-
nóstico de ingreso, indicación de la cesárea, indicación
de la histerectomía, días de estancia intrahospitalaria,
anestesia utilizada, complicaciones trans y post-operato-
rias y se revisaran los resportes histopatológicos en ca-
so de que existan.

Antecedentes históricos .-

No fué Porro, como se considera, el primero en consebir la idea de practicar la cesárea hysterectomía, sino - G. P. Michaelis, que en el año de 1809, señaló la posibilidad de practicarla, observando que el restablecimiento de las pacientes parecía ser mejor que después del trabajo de parto prolongado y el nacimiento por vía vaginal.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en el año de 1869, Horatio Storer, efectuó y publicó la primer hysterectomía después de una operación cesárea. Cinco años más tarde Fogliata en Pisa y Porto en Pavia, efectuaron experimentos en animales preñados, pudiendo extraer este últifetos vivos. Fué Eduardo Porro, quien pensó en forma cuidadosa y concienzuda la técnica de la cesárea seguida de la hysterectomía y posteriormente la llevo a cabo en una paciente con " enanismo ", la cual presentó una evolución lenta pero satisfactoria, reportandose en la literatura - que " curó " en 40 días. (2, 10).

En el años de 1876, el Profesor Porro, publicó la fa

mosa monografía titulada " Dell' amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo " y a consecuencia de ello a la operación se le ha llamado de Porro. En todos los casos la finalidad de la cesárea histerectomía - fué la de evitar la infección y la hemorragia que se presentaba posteriormente de haber efectuado la cesárea.(2).

A través de la evolución histórica de la cesárea histerectomía, esta fué sufriendo cambios, desde el punto de vista técnico, el primero en imponérselos fué Müller en el año de 1878, en Berna Suiza, quien sugirió que el útero debería de ser extraído del abdomen antes de efectuar la cesárea, tratando de evitar que el contenido del mismo escapara a la cavidad misma, y evitar así la infección, además, propuso la constricción a nivel de la base con un tubo elástico, cuya función era la de actuar como torniquete, impidiendo así la hemorragia. Estas modificaciones a la operación de Porro tuvieron muchos seguidores.

En el año de 1879, Tarnier (el creador del forceps que en la actualidad lleva su nombre), efectuó la prime-

ra cesárea histerectomía en Francia, con bastante éxito. En el mismo año Bishop operó a una paciente con embarazo de 34 semanas y con cancer cervico-uterino, sin éxito, ya que la paciente falleció once días después de la cirugía.

Como podemos observar en reportes de la literatura - las cirugías practicadas en el siglo pasado tuvieron poco éxito, pues la mayoría de las pacientes fallecieron.

En América, fué Isaac Taylor de Estados Unidos de Norteamérica, quien practicó la primera cesárea histerectomía con técnica de Porro con resultados pésimos y con mala suerte, pues la paciente falleció por causas ajenas a la misma (la paciente presentó como complicación una tromboembolia pulmonar a consecuencia de una flebitis de miembros pélvicos).

La primera cesárea histerectomía que se llevó a cabo con éxito en los Estados Unidos de Norteamérica, fué realizada por Richardson en el año de 1881. En Inglaterra, - el primero en realizar este tipo de procedimiento quirúrgico fué A. R. Simpson, con malos resultados, fué hasta -

tres años después que Hudson la realizó con éxito en este país.

Hasta este momento, todas las cesáreas histerecto---
mías que se habían realizado fueron con técnica de Porro
(en la actualidad llamada histerectomía subtotal), en
el año de 1881, Spencer Wells llevó a cabo la primera ce-
sárea histerectomía completa (total).

En el año de 1900, Reed establece y publica las in-
dicaciones para llevar a cabo la cesárea histerectomía y
fueron las siguientes :

- 1.- Mal estado general de la madre.
- 2.- Cuando el producto es óbito y existen datos de -
infección.
- 3.- Atresia intensa de la vagina que impide la expul-
sion de los loquios.
- 4.- Cancer del cuello uterino.
- 5.- Atonía uterina ó hemorragia incoersible del si-
tio placentario.
- 6.- Casos de ruptura uterina en que la sutura del -

útero no brinda seguridad.

De las indicaciones enumeradas el 50% en la actualidad se encuentran en desuso, y otra más considerada por nosotros como absurda fué la indicación utilizada en Inglaterra como método de esterilización y posteriormente en Estados Unidos de Norteamérica. Esta practica fué suspendida, pues entrañaba mayores riesgos y morbilidad que la operación cesárea con salpingoclasia bilateral.

En el año de 1941, Davis, emitió un informe en el que aconseja la " modernización " de la cesárea histerec-mía, considerando que debería llevarse a cabo siempre y cuando existiera una indicación verdadera para efectuar la segunda. (2, 9).

Hipótesis.-

Se realizará este estudio con la finalidad de efectuar una comparación entre la cesárea histerectomía practicada en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud y reportes existentes al respecto en la literatura mundial. Buscaremos factores que creemos que en un momento dado puedan intervenir en la frecuencia y morbi-mortalidad del procedimiento en un momento dado, tomando en cuenta que la población que se trata en esta institución, son de recursos socio-económico bajos.

Al termino del estudio se podrá concluir si en realidad tienen influencia los factores que antes mencionamos con la frecuencia y morbi-mortalidad de la misma.

Objetivos .-

Los objetivos que nos hemos trazado para esta tésis es la de valorar a las pacientes tratadas en los siguientes parámetros :

- 1.- Edad.
- 2.- Gestaciones.
- 3.- Diagnostico de ingreso.
- 4.- Indicación de la cesárea.
- 5.- Indicación de la histerectomía.
- 6.- Complicaciones transoperatorias.
- 7.- Complicaciones post-operatorias.
- 8.- Evolución post-operatoria.
- 9.- Tipo de anestesia utilizada durante el procedimiento.
- 10.- Por último se buscara en cuantos estudios de patología se corroboró el diagnóstico de la indica
ción de la cesúrea histerectomía.

Después de analizar todos estos parámetros se realizará una comparación y se buscaran diferencias con los -

reportes de otros autores.

Material y métodos .-

Este es un estudio retrospectivo llevado a cabo en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud que abarca el período comprendido de Enero de 1989 a Diciembre de 1991.

En este período pudimos observar que se llevaron a cabo 70 cesáreas histerectomía, se atendieron 38,232 pacientes, de las cuales 10,451 fueron cesáreas y 27,781 partos eutócicos, observando con esto que la incidencia de la cesárea histerectomía fué de 0.25% en relación a los partos y de 0.66% en relación a las cesáreas realizadas y de 0.18% en relación a todas las pacientes ingresadas.

En este estudio, cada una de las cesáreas histerectomías fué llevada a cabo con una indicación precisa y de urgencia, ninguna de ellas se efectuó en forma electiva, todas se realizaron como un procedimiento para salvar la vida de la paciente. De las 70 operaciones efectuadas a 3 se les practicó histerectomía subtotal.

La mayor parte de los procedimientos se inició con - bloqueo peridural y se complemento con anestesia general cuando se decidió practicar la histerectomía.

Todas las cirugías fueron practicadas por médicos - adscritos al servicio de la Unidad Toco-quirúrgica, ayuda dos en su mayoría por un residente de tercer año.

A diez pacientes se les practicó ligadura de arte-- rias hipogástricas. A la mayoría de las que se les indi-- las histerectomía por acretismo placentario, este se co-- rroboró por estudio histopatológico.

Resultados .-

En la presente casuística se tuvo un promedio de edad de 28 años, la paciente más joven fué de 18 años (fueron 6 de este edad), la de mayor edad fué de 43 años (en la - tabla 1 se muestra la frecuencia e incidencia por eda-- des).

Como podemos observar en ella, la mayor incidencia - de la cesárea histerectomía se encontró entre los grupos de 21 -25 y de 26-30 años, lo que nos da un porcentaje de 58.5%.

Tabla I.- Subdivisión por grupo de edades e incidencia.

Grupo de edades.	Número	Porcentaje
15-20	6	8.51%.
21-25	19	27.14%.
26-30	22	31.42%.
31-35	12	17.14%.
36-40	10	14.2%.
41-45	1	1.42%.

Gestaciones .-

El promedio de gestaciones de estas pacientes fué 4, presentándose este número en 18 pacientes (25.7%), siete de las 70 pacientes fueron primigestas (10%), hubo dos pacientes con doce gestaciones y una con trece. La mayoría de ellas (aproximadamente el 90%), tuvieron 3 ó más embarazos. En la tabla II se muestra la frecuencia e incidencia por grupos de gestaciones.

GRAFICA I.- SUBDIVISION POR GRUPO DE EDADES E INCIDENCIA

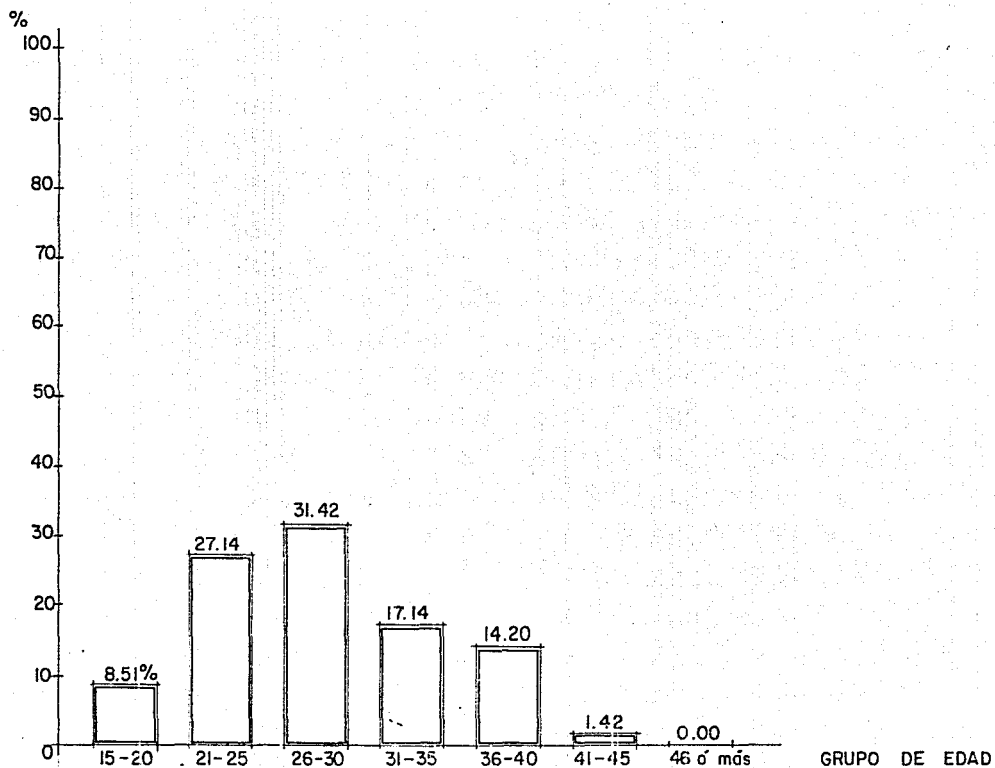


Tabla II.-

No. de gestaciones.	No. de casos.	Incidencia.
I a III	32	45.7%.
IV a VI	27	38.5%.
VII a IX	5	7.14%.
X ó más.	6	8.57%.

En cuanto a las indicaciones de las cesáreas, la que se presentó con más frecuencia fué la placenta previa con 19 casos (27.1%), seguida del desprendimiento prematuro de placenta normo-incerta con 18 casos (25.7%), las indicaciones que menos se presentaron fueron la inminencia de ruptura uterina y la presentación de cara, cada una de ellas en una sola ocasión (1.3%). En la tabla III se presentan las indicaciones de las cesáreas e incidencia.

Es importante hacer notar que las indicaciones que se muestran en la tabla son mayores en relación al número de procedimientos llevados a cabo (de cesáreas histerec-
tomías), dicho aumento es debido a que hubo cesáreas que se llevaron a cabo con dos indicaciones diferentes.

GRAFICA II-PARIDAD, NUMERO DE GESTACIONES POR GRUPOS E INCIDENCIA

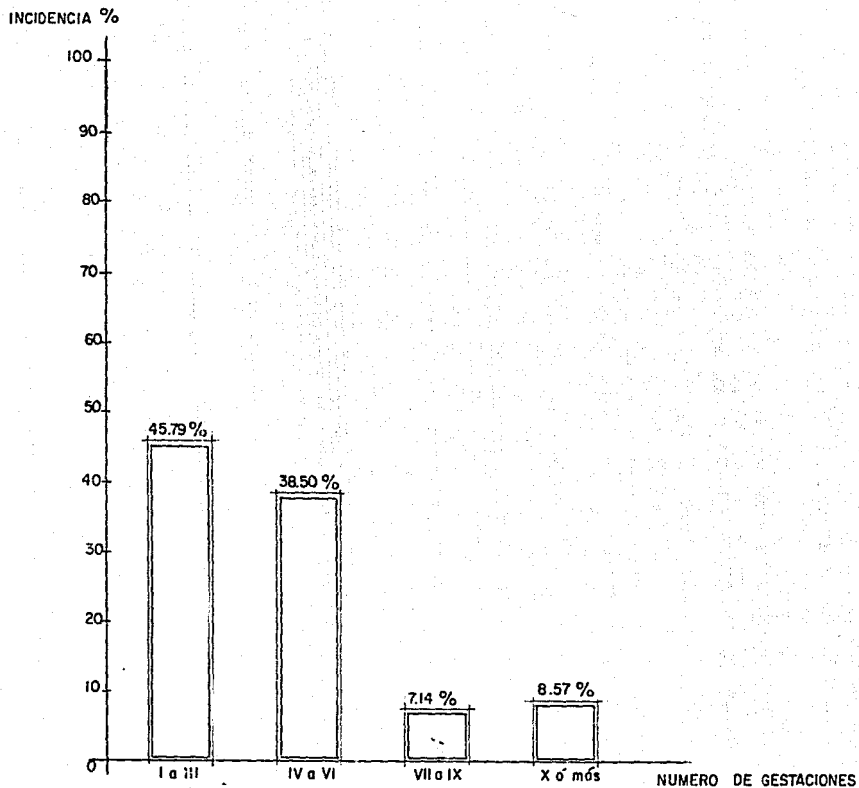


Tabla III.-

Placenta previa	19.
D. P. P. N. I.	18.
Cesárea iterativa.	11.
Sufrimiento fetal agudo.	9.
Presentación pélvica.	8.
Desproporción cefalopélvica.	6.
Embarazo gemelar.	5.
Período intergenésico corto.	4.
Situación transversa.	3.
Corioamnioitis.	3.
Ruptura prematura de mem.	3.
Producto valioso.	2.
Inminencia de rup. uterina.	1.
Presentación de cara.	1.

Indicaciones de la cesárea hysterectomía.-

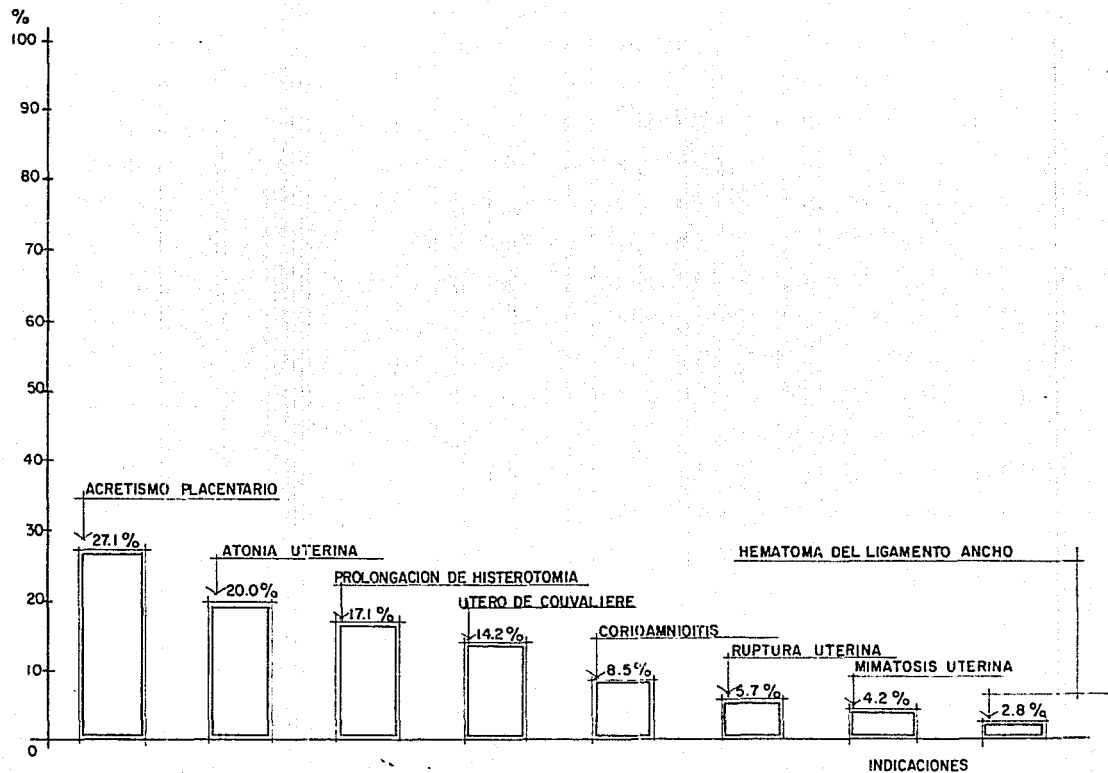
Como se mencionó en el inicio de este trabajo, la de
cisión de realizar la hysterectomía fué de urgencia. La -
principal indicación que se encontró fué el acretismo pla

centario, indicación que se presentó en 19 pacientes, representa un porcentaje de 27.1%, la entidad patológico - siguió en frecuencia fué la atonía uterina que se presen tó como indicación en 14 de los 70 procedimientos y repre senta el 20%. En la tabla IV se presentan las indicacio- nes, número e incidencia.

Tabla IV.- Indicaciones.	Número.	Incidencia.
Acretismo placentario.	19	27.1%.
Atonía uterina.	14	20.0%.
Prolongación de la histerotomía.	12	17.1%.
Utero de Couvelaire.	10	14.2%.
Corioamnioitis.	6	8.5%.
Ruptura uterina.	4	5.7%.
Miomatosis uterina.	3	4.2%.
Hematoma de ligamento ancho.	2	2.8%.
Total.	70	100.0%.

Es importante hacer notar que en la mayoría de las - pacientes a las que se les diagnóstico acretismo placenta - rio (16 de las 19) , tenían como antecedente obstétrico

GRAFICA IV.-INDICACIONES



el haberseles practicado un legrado ó una cesárea previamente.

Complicaciones .-

A las complicaciones de este estudio se les dividió en complicaciones trans y post-operatorias.

La complicación trans-operatoria más común fué el choque hipovolémico, en los expedientes revisados fué reportado en 21 ocasiones (30%), a continuación la cistostomía accidental que se presentó en dos casos (2.8%), hubo una ligadura de uretero y en otra cirugía el uretero fué acodado. Como podemos ver unicamente 25 de las 70 pacientes presentaron complicaciones transoperatorias, lo que da una incidencia de 35.7%. En la tabla V se enumeran las complicaciones transoperatorias.

La complicación post-operatorias más frecuente fué la infección. El absceso de la herida quirúrgica se presentó en 6 ocasiones, lo que representa una incidencia de 8.5%. En otras pacientes se presentaron complicaciones como : sangrado de pedículos en cinco pacientes, a una de -

Tabla V .-

Comp. transoperatorias.	Número.	incidencia.
Choque hipovolémico.	21	30.0%.
Cistostomia accidental.	2	2.8%.
Ligadura de uretero.	1	1.4%.
Uretero acodado.	1	1.4%.
Total.	25	35.7%.

dichas pacientes se le tuvo que reintervenir en tres ocasiones, otra presentó coagulación intravascular diseminada, otra un textiloma, otra un absceso subfrénico y por último una paciente presentó una fístula vesicovaginal. Como podemos observar en nuestra casuística se presentaron 17 complicaciones post-operatorias, que representan el 24.2%. En la tabla VI se enumeran las complicaciones.

En relación al número de días de estancia intrahospitalaria, el promedio fué de 8.08 días, en los casos estudiados hubo 3 pacientes que estuvieron hospitalizadas durante 25 días. A una de ellas, se le encontró en el transoperatorio ruptura hepática, por lo que la recupera-

GRAFICA V.- COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

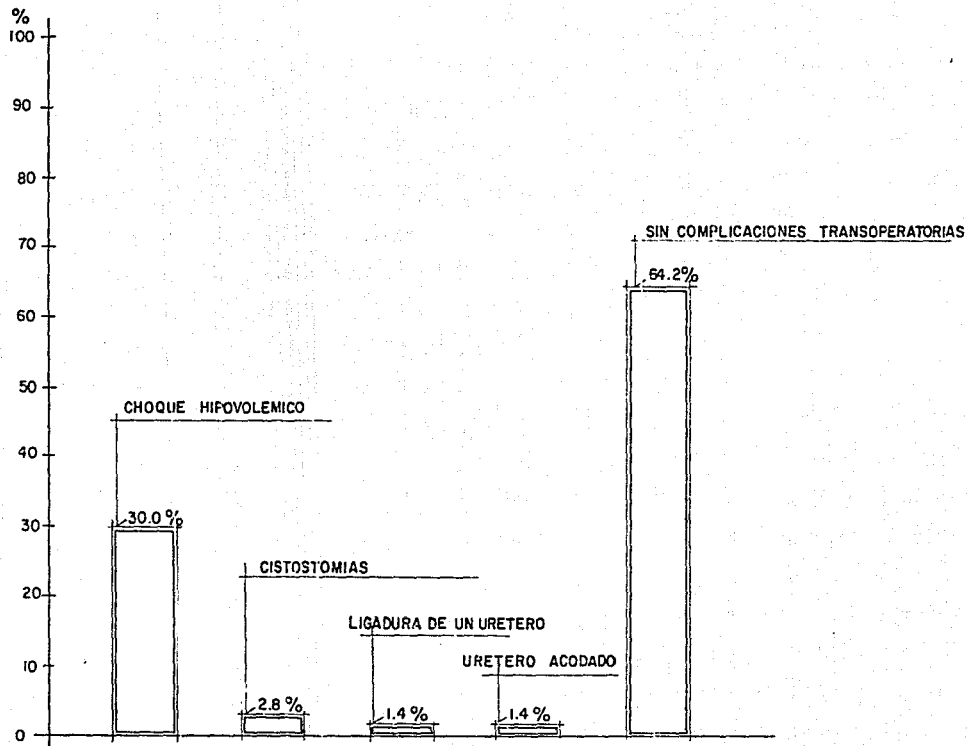


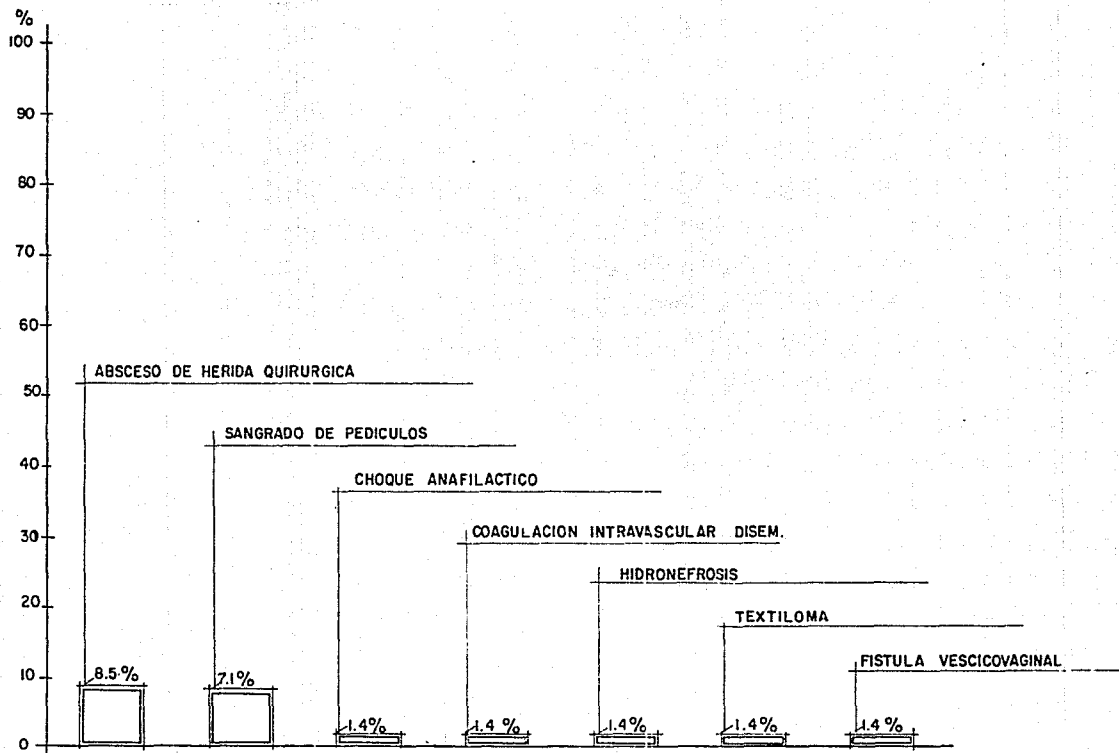
Tabla VI.-

Comp. post-operatorias.	Número	Incidencia.
Absceso de herida Qx.	6	8.5%.
Sangrado de pedículos.	5	7.1%.
C. I. D.	1	1.4%
Hidronefrosis.	1	1.4%.
Textiloma	1	1.4%.

ción post-operatoria fué lenta, la otra paciente se recuperó lentamente ya que se reintervino en varias ocasiones y la tercera fué reintervenida posteriormente a la cirugía por la ligadura de un uretero.

El número de pacientes fallecidas fué de 5, lo que nos da una incidencia de 7.14%. Es de hacer notar que de las pacientes fallecidas, dos de ellas llegaron al Hospital en condiciones sumamente graves, una llegó en fase terminal de choque séptico y la otra fué enviada de otra institución con el diagnóstico de pre-eclampsia severa, en el momento de su ingreso la paciente presentaba serios trastornos de la coagulación, la paciente fué intervenida

GRAFICA VI.-COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS



y a las pocas horas de post-operada falleció. El otro caso de fallecimiento, la paciente tuvo una evolución post-operatoria satisfactoria, al cuarto día, posterior a la aplicación de penicilina, presentó datos de choque alérgico falleciendo posterior a ello.

De los otros dos fallecimientos, estos se presentaron en el transoperatorio y fueron a consecuencia de sangrado.

En relación al procedimiento anestésico, 21 pacientes fueron manejadas en un inicio con bloqueo peridural y en cuanto se decidió practicar histerectomía se complementó con anestesia general. Once fueron manejadas con bloqueo peridural únicamente y a las otras 28 pacientes se aplicó anestesia general.

Discusión .-

Es importante recalcar que las indicaciones para llevar a cabo la cesárea histerectomía en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud fué única y exclusivamente causa obstétrica y de urgencia, que ponía en juego

la vida de la madre. La incidencia de este acto quirúrgico fué más baja en relación a lo reportado en la literatura mundial. La incidencia en relación al total de ingresos es de 0.18%, inferior a lo reportado por Thonet que es de 0.41% (17), al 0.8% reportado por Haynes (3), 0.43% de Sturdee (16) y 0.24 de Morini (7), de las casuísticas anteriores se puede decir que fueron procedimientos de urgencia.

En relación a la edad, encontramos en nuestra casuística un promedio de 28 años, inferior a lo reportado por otro autores que fué de 32 y 33.2 años, se observó también que la mayor incidencia se encontró en los grupos de 21 a 30 años, en los artículos estudiados la mayor incidencia se encontró en el grupo de 26 a 35 años. (3, 14, 17, 7).

En cuanto al número de gestaciones, el promedio por paciente fué de 4 por paciente, superior a lo reportado por otros autores como Haynes que reporta 3,7 embarazos por paciente en su casuística (3), Thonet reporta 2.4 por paciente y Morini reporta 1.9% (7).

En nuestro estudio la indicación principal para llevar a cabo la cesárea hysterectomía fué el acretismo placentario, representando el 27.1% del total de casos, - únicamente comparable a lo reportado por Morini en Italia (23.5 %) y Thonet en Inglaterra (25%), el resto de la bibliografía consultada varía de 1.5 a 13.3%. (7, 17, 1, 3, 4, 16). La atonía uterina en nuestra casuística se - presentó con una incidencia de 20%, similar a lo reportado por Morini que fué de 17.6% (7). La prolongación de la hysterorrafia se presentó en 12 casos, con una incidencia de 17.1%, porcentaje más elevado de lo reportado por otros autores, que es de 3.6 y 8.0% (1, 4). El utero de Couvelaire se presentó en 10 ocasiones (14.2%), infe---rior a lo reportado por Barklay que fué de 48% (1). El resto de las indicaciones de nuestra casuística es simi--lar a lo reportado por otros autores (1, 3, 4, 7, 8, 16, 17.).

En lo referente a la morbilidad, la incidencia en - general es de 54% (se incluye complicaciones transopera-

torias y post-operatorias), porcentaje superior a lo reportado por Patterson que es de 30% (18), Barclay reportó una incidencia de 49.7% (1).

En cuanto a la estancia intrahospitalaria, esta se encontró por debajo de lo reportado por otros autores, el promedio de nuestro estudio fué de 8.8 días, en la literatura se reporta para cirugía de urgencia de 9 a 10.7 días en promedio.

En lo que se refiere a la mortalidad en nuestro trabajo, estas fueron 5 de 70 pacientes, lo que nos da una incidencia de 7.14%, evidentemente más elevado a lo que reporta Barclay que es de 4.5%, Park reporta 0.7%, Haynes 0.6%, Patterson 0.38% e Imperiale 3.63% (1, 2, 3, 13, -- 4.). El porcentaje de nuestro estudio sería menor si no se tomaran en cuenta a las pacientes que fallecieron por causas no inherentes al acto quirúrgico.

Conclusiones .-

Después de haber terminado este trabajo podemos concluir lo siguiente .-

1.- La cesárea hysterectomía es un procedimiento que en nuestra población se lleva a cabo en edades tempranas. Esto quizás sea como consecuencia de factores educacionales, dadas las características de nuestra población. Probablemente los factores que tienen relación con un mal control prenatal y de la fertilidad, sobretodo en las pacientes que tienen cesarea previa, ya que en estas pacientes se ha visto que la frecuencia de placenta previa y acretismo placentario son más elevados (5).

2.- En relación a las indicacion de la hysterectomía es de llamar la atención la frecuencia con que se presenta el acretismo placentario, esto se reforza con lo descrito previamente.

3.- La evolución de nuestras pacientes fué adecuada a pesar de que las condiciones nutricioneles de la misma por lo regular son deficientes.

4.- La frecuencia de la cesárea hysterectomía en el Hospital de la Mujer es sumamente baja en relación a otros países, esto como consecuencia de que nosotros no

practicamos cesareas historectomias electivas (estas se llevaban a cabo segun los autores consultados con fines de esterilización). (9, 10, 11.).

5.- En relación a la morbilidad, podemos concluir -- que estas son minimas, en relación a los problemas técnicos de la cirugía.

6.- Por último es interesante ver la capacidad de recuperación de las pacientes de nuestro estudio, tomando -- en cuenta sus condiciones de nutrición y las consecuen--- de una cirugía de este tipo.

En resumen, podemos mencionar que a pesar de que -- nuestra población es de bajos recursos socio-economico -- que conlleva una estado nutricional deficiente y a pesar de que no se cuenta con recursos con los que cuenta un -- país desarrollado (como es el caso de la literatura consultada), realmente no existe diferencia significativa -- en cuanto a las complicaciones trans-operatorias y post-operatorias como podriamos esperar.

Bibliografía .-

- 1.- Barclay, D. L. Histerectomía cesárea en el Hospital Charity de Nueva Orleans : 1000 operaciones consecutivas. Clin. Obstet. Ginecol. Vol. 3; Pag. 635-652, 1969.
- 2.- Durfee, R. B. Evolución de la cesárea histerectomía. Clin. Obstet. Ginecol. Vol. 3, Pag. -- 575-589. 1969.
- 3.- Haynes D. M., Martin B. J. Cesarean Hysterectomy. Am. J. Obstet Gyneacol. Jun. Vol. 134 No. 4, Pag. 393-398. 1979.
- 4.- Imperiale F., Donini, G. Il cesarco demolitore. Minerva Ginecol. Vol. 39. Pag. 463-468. 1987.
- 5.- Lench, D. M., Rodrigues, C., Placenta previa and previous cesarean section. Acta Obstet. Gyneacol. Scand. Vol. 60, pag. 367-368. 1981.
- 6.- Mc. Nulty. V. J., Elective cesarean hysterectomy Am. J. Obstet. Gyneacol. May. Vol. 149:29. Pag. 29-30. 1984.

- 7.- Morini, A, Angeli. R. Interventi demolitore in -
obstetricia. Minerva Ginecol. Vol. 41, No. 9 Pag.
445-450. Sept. 1989.
- 8.- Osefo. N. J., Cesarean and post-partum hysterect-
omy in Enugu, 1973-1980. Int. J. Gynecol Obst.
Vol. 30 Pag. 93-97. 1989.
- 9.- Park, R. C. Duff, W. P. Papel de la cesárea his-
terectomía en la obstetricia moderna. Clin. Obs-
tet Gynecol. Vol. 3 Pag. 611-631. 1981.
- 10.- Plauche, W. C. Histerectomía cesárea. Indicacio-
nes, técnica y complicaciones. Clin. Obstet Gine-
col. Vol. 3 Pag. 409-423. 1981.
- 11.- Plauche, W. C. Frank, G. Hysterectomy at the ti-
me of cesarean section. Analisis of 108 cases.
Obstet Gyneacol. Vol. 58 No. 4. Pag. 459-464. --
Oct-1981.
- 12.- Prevedourakis, C. N., Emergency cesarean hyste-
rectomy. Int. J. Surg. Vol. 53 Pag 33-38. 1974.
- 13.- Riva H. L. Indicaciones y técnica para la histe-

rectomía cesárea. Clin. Obstet. Ginecol. Vol 3,
Pag. 619-634. 1969.

- 14.- Rosas Arceo, J. López Villegas, J.. Histerecto--
mía por procesos septicos durante el embarazo.
Ginec. Obstet. Mex. Junio. Vol 33, No.200. Pag.
259-268. 1973.
- 15.- Strickland et. al. Cesarean hysterectomy. South
Med. J. Vol. 82, No. 10. Pag. 1245-1249. Oct. --
1989.
- 16.- Sturdee, D. W. Caesarean and post-partum hyste--
rectomy, 1968-1983. Br. J. Obstet and Gyneacol.
Vol. 93, Pag. 270-274. March. 1986.
- 17.- Thonet, R. G. N. Obstetric hysterectomy: an 11--
year experience. Br. J. Obstet. Gyneacol. Vol. 93
Pag. 794-789. Agost. 1986.
- 18.- Patterson, S. F. Caesarean hysterectomy. Am J.
Obstet. Gynecol. Vol. 107. Pag. 729-735. 1970.