Casos Clínicos

ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN LA HEMORRAGIA GRAVE DEL PUERPERIO

Gabriel Mitelman M.¹, Gino La Rosa A.^a, Fernando Martínez A.¹, Roberto Cadima R.¹

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Félix Bulnes Cerda

^aInterno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

RESUMEN

Se presenta caso clínico de una paciente de 32 años de edad, primípara, puerpera de cesárea, con diagnóstico de inercia uterina refractaria a tratamiento médico, se comenta manejo y técnica quirúrgica conservadora.

PALABRAS CLAVE: *Tratamiento quirúrgico, hemorragia postparto*

SUMMARY

A 32 years old patient's clinical case is presented, primiparous, cesarean section puerperal, with a diagnose of uterine atony refractory to medical treatment. Management and a new surgical technique is commented.

KEY WORDS: *Surgical management, postpartum hemorrhage*

INTRODUCCIÓN

La hemorragia del post parto es una de las principales causas de mortalidad materna en Chile (1), y la principal en los países en desarrollo (2). En Estados Unidos esta complicación explica alrededor de 10,5% de las muertes maternas no abortivas (3).

La inercia uterina sigue siendo la causa más común de hemorragia del post parto (90%) (4), y es una de las indicaciones más frecuente de histerectomía obstétrica (5, 6). El 68,2% de las primíparas asociadas a histerectomías tienen como diagnóstico preoperatorio la inercia uterina (7); además es la indicación más frecuente de transfusión sanguínea postparto (8).

En ocasiones, si bien es posible realizar una histerectomía obstétrica y solucionar el problema hemorrágico materno, se plantea la disyuntiva que

esa mujer termina su fertilidad con ese acto quirúrgico, especialmente cuando esa complicación ocurre en el primer parto. Algunos tratamientos quirúrgicos como la ligadura de las arterias hipogástricas, exigen capacitación del operador, lo que no siempre se cumple. El objetivo de esta comunicación es presentar una alternativa quirúrgica conservadora de la fertilidad materna, fácil de realizar, en el tratamiento de la metrorragia postparto.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, cesárea el 20 de marzo de 2002 con diagnóstico de presentación transversa, primigesta, embarazo de término. El recién nacido pesó 3.170 gramos, Apgar 9-9. Evolución fisiológica hasta el 2 de abril de 2002, en que reingresa por metrorragia de gran cuantía y shock hipovolémico. Se transfunde sangre total y se efec-

túa legrado uterino, dando salida a gran cantidad de coágulos. Por persistencia de la metrorragia, se administra oxitocina ev, metilergonovina im, insulina cristalina y misoprostol rectal, persistiendo la hemorragia. Frente a este cuadro y a la transfusión sanguínea reiterada de glóbulos rojos, se decide realizar laparotomía exploradora. Abierta la cavidad abdominal se encuentra útero totalmente atónico que no responde a la estimulación mecánica. Se abre la histerorrafia realizando legrado uterino, no existiendo respuesta a este procedimiento. A continuación se procede a ligar ambas arterias uterinas con vycril #1 a 2 cm del útero (Figura 1A), ligadura de arterias útero ováricas bajo la trompa (Figura 1B), ligadura con vycril a manera de cinturón a nivel del cuello uterino (Figura 1C), y en el cuerpo uterino se colocan puntos transfixiantes con sutura de catgut cromado # 2, desde cara anterior hacia posterior en forma de U continua (Figura 2) en tres niveles (Figura 1D, E, F). La paciente evolucionó satisfactoriamente y es dada de alta al sexto día postoperatorio.

DISCUSIÓN

El 20% del gasto cardiaco perfunde el útero gravídico de término equivalente a 600 ml de sangre por minuto (9). Por esto, la contracción del útero (ligaduras vivas de Pinard), es el mecanismo primario para el control de la metrorragia. La falla en este proceso genera una hemorragia activa desde la cavidad uterina, que en presencia de un

Figura 1. Ubicación de ligaduras y líneas de suturas.

Figura 2. Esquema de cuerpo uterino y línea de sutura en forma de "U" continua.

útero atónico nos permitirá efectuar el diagnóstico de inercia uterina. El tratamiento inicial en las hemorragias del postparto está frecuentemente dirigido hacia la inercia uterina, descartando simultáneamente otras patologías como rotura uterina, restos placentarios y desgarros del canal del parto.

Para el enfrentamiento de una inercia uterina se han descrito diferentes procedimientos como el masaje uterino (10), prostaglandinas (11), oxitócicos (12, 13), irrigación intrauterina con prostaglandinas (14), packing uterino (15), embolización arterial (16) y diversas técnicas quirúrgicas (17-25).

En el caso presentado se realizó el procedimiento médico habitual del servicio sin obtener resultados, lo que motivó la intervención quirúrgica descrita, que tuvo por objeto conservar la fertilidad de la paciente. Los puntos que se colocaron en forma transfixiantes cumplieron la función de compresión mecánica colapsando las paredes uterinas y manteniendo la cavidad virtual en forma temporal. La ligadura realizada en forma de cinturón a nivel cervical limitó el flujo hacia el útero aportado por la arteria vaginal ascendente. El punto que se colocó bajo del ligamento útero ovárico permite mantener la irrigación de las trompas, pero limita el flujo hacia el útero. Es así como a través de esta técnica quirúrgica se logra de forma simple y eficaz controlar la hemorragia del postparto conservando el útero y los anexos. La evaluación posterior mediante ultrasonografía Doppler confirmó la normalidad anatómica y la indemnidad vascular regional.

La revisión de la literatura nos permitió conocer la técnica B-Lynch descrita por su autor (17), ambas tienen en común la colocación de puntos transfixiantes en el cuerpo uterino; la primera en sentido longitudinal y en la nuestra los puntos son transversales al eje mayor del útero y además por las ligaduras vasculares. Ambas técnicas tienen por objetivo colapsar y comprimir el cuerpo uterino en casos de inercia uterina preservando la fertili-

dad futura. La técnica B-Lynch ha sido reproducida con éxito por otros autores, con fertilidad posterior comprobada (18, 19, 20).

CONCLUSIÓN

Nuestra técnica en comparación a la ligadura de las arterias de hipogástricas, es simple, rápida y no requiere de mayor destreza quirúrgica. Creemos que es una buena alternativa para casos especiales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donoso E. Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15(5): 326-30.
2. Herrera M. Mortalidad materna en el mundo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(6): 536-43.
3. Kaunitz A, Hughes J, Grimes D. Causes of maternal mortality in the United States. *Obst Gynecol* 1985; 65: 605-12.
4. Norris T. Management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 1997; 56(3): 737-8.
5. Navía F, Mitelman G, Ramiro G, Martínez F, Bahamondes F. Histerectomía Obstétrica. *Rev Chil Obst Ginecol* 2000; 65(5): 385-8.
6. Zorlu C, Turan C, Isik A, Danisman N, Mungan T, Gokmen O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Changing clinical perspective in time. *Obst Gynecol Scand* 1998; 77(2): 186-90.
7. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy; experience at a community teaching hospital. *Obst Gynecol* 2002; 99(6): 967-8.
8. Suchartwatnachai C, Linasmita V, Chaturachinda K. Obstetric hysterectomy: Rammathibodi's experience 1969-1987. *Int J Gynaecol Obstet* 1991; 36(3): 183-6.
9. Oyarzún E. Metrorragia de la segunda mitad del embarazo. En: *Alto Riesgo Obstétrico*. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1997.
10. Kovavisach E, Kosolkittiwong S. Bimanual Uterine compression as a major technique in controlling severe postpartum hemorrhage from uterine atony. *J Med Assoc Thai* 1997; 80(4): 266-9.
11. Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1): CD000494. Review.
12. Munn M, Owen J, Vincent R, Wakefield M, Chestnut D, Hauth J. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98(3):386-90.
13. Dansereau J, Joshi A, Helewa M, Doran T, Lange I, Luther E, Farine D, Schultz M, Horbay G, Griffin P, Wassenaar W. Double-blind comparison of carbocytin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(3 Pt 1): 670-6.
14. Kupferminc M, Gull I, Bar-Am A, Daniel Y, Jaffa A, Shenhav M, Lessing J. Intrauterine irrigation with prostaglandin F2-alpha for management of severe postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Scand* 1998; 77(5): 548-50.
15. Hsu S, Rodgers B, Lele A, Yeh J. Use of packing in obstetric haemorrhage of uterine origin. *J Reprod Med* 2003; 48(2): 69-71.
16. Haneh E. Pelvic arterial embolization for control obstetric hemorrhage: five year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(6 Pt 1): 1454-60.
17. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five reported. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(3): 372-5.
18. Dacus J, Busowski M, Busowski J, Smithson S, Masters K, Sibai B. Surgical treatment of uterine atony employing the B-Lynch technique. *J Matern Fetal Med* 2000; 9(3): 194-6.
19. Ferguson J, Bourgeois F, Underwood P. B-Lynch Suture for postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2000; 95(6 Pt 2): 1020-2.
20. Hayman R, Arulkumaran S, Steer P. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. *Obst Gynecol* 2002; 99(3): 502-6.
21. Philippe H, d'Orey D, Lewin D. Vaginal ligation of uterine arteries during postpartum hemorrhage. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56(3): 267-70.
22. Belmar C, Brañes J, Abarzúa F, Becker J, Gaggero E, Oyarzún E, Wild R. Ligadura de las arterias hipogástricas en el manejo de la hemorragia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; 66(5): 414-8.
23. Corvalán J, Gallardo M, Held C, Pastene C, Cofré F. Ligadura de arterias hipogástricas: tratamiento quirúrgico de la hemorragia grave del puerperio. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2001; 66(6): 520-5.
24. Espinoza R, Donoso E, Wild R. Histerectomía obstétrica. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1988; 53: 329-37.
25. Murta E, Cameiro J, De Freitas M. Total hysterectomy versus subtotal hysterectomy: which procedure should be performed during the pregnant-puerperal period? *Rev Paul Med* 1993; 111(2): 354-8.