

Casos Clínicos

Ligadura vaginal de arterias uterinas en hemorragia posparto: técnica simple, rápida y efectiva

Hernán Santander M.¹, Marcelo Araneda R.¹, Cristián Sepúlveda M.¹,
Roberto Velásquez G.¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Villarrica. Servicio de Salud Araucanía Sur, Novena Región, Chile.

RESUMEN

La metrorragia posparto es una de las complicaciones más graves de la obstetricia con importante morbilidad y mortalidad materna. La ligadura de las arterias uterinas forma parte de la cadena de procedimientos terapéuticos. Esta comunicación muestra una paciente con hemorragia posparto tratada con ligadura vaginal de arterias uterinas, con cese del sangrado y recuperación de la paciente sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: *Hemorragia posparto, ligadura de arterias uterinas, mortalidad materna*

SUMMARY

Postpartum hemorrhage is one of the most serious obstetrics complications with significant maternal morbidity and mortality. Uterine arteries ligation is part of the chain of therapeutic procedures. This communication presents a patient with postpartum hemorrhage treated with vaginal uterine arteries ligation with cessation of bleeding after the intervention and recovery without complications.

KEY WORDS: *Postpartum hemorrhage, vaginal uterine arteries ligation, maternal mortality*

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto es una de las complicaciones más graves del parto con una significativa morbimortalidad materna (1,2). Las causas más frecuentes se relacionan con inercia uterina, acretismo placentario y ruptura uterina (3).

El manejo es secuencial, desde el masaje uterino, útero tónicos tales como oxitocina, metilergometrina, misoprostol, luego los procedimientos como revisión dígito instrumental, laparotomía con ligadura de las arterias uterinas o la embolización de las arterias uterinas, suturas uterinas, ligadura de arterias

hipogástricas, y finalmente histerectomía con cifras que pueden llegar hasta un 70% (4-7).

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el manejo de la hemorragia posparto con ligadura vaginal de las arterias uterinas.

Caso clínico

Embarazada de 26 años que consulta en la Maternidad del Hospital de Villarrica el 17 de mayo de 2011, a las 23:40 horas. Al examen de ingreso se constata 2 cm de dilatación cervical, feto vivo y presión arterial 140/100 mm Hg. Sin edema, re-

flejos osteotendíneos normales. En el registro del control prenatal no se describen patologías. Se ingresa con los diagnósticos de embarazo de 40,5 semanas, trabajo de parto inicial, múltipara de dos partos vaginales.

A las 0:20 horas se indica un supositorio antiespasmódico (adifenina 50 mg y propifenazona 440 mg) y meperidina 50 mg intramuscular (clorhidrato de petidina). La paciente evoluciona con presiones arteriales normales y proteinuria normal, duerme. A las 8:40 horas presenta sangrado con coágulos, el tacto vaginal indica dilatación subcompleta, presentación cefálica en 1-2º plano, latidos cardíofetales entre 108 y 136 por minuto, presión arterial 130/80 mmHg. Se continúa con control estricto de frecuencia cardíaca en rangos normales, contracciones uterinas 4 en 10 minutos, presión arterial 130/70 mmHg. A las 9:21 horas ocurre el parto en posición vertical, en la modalidad de silla, no se realiza episiotomía, quedando los genitales maternos indemnes, los controles de presión arterial se mantienen en rangos normales. El recién nacido es de término, 3.020 gramos, sexo masculino, APGAR 9-10. Se produce el alumbramiento de inmediato con metrorragia abundante, con un gran coágulo retroplacentario, por lo que se plantea el diagnóstico de desprendimiento de placenta normoinserta. Se aplica masaje uterino y oxitocina 10 mg endovenoso, con retracción uterina y cese del sangrado. El peso de la placenta fue 1.220 gramos. A las 10:35 horas la paciente presenta lipotimia y metrorragia con coágulos, el útero está aumentado de tamaño con salida de abundantes coágulos con el masaje. Se infunde solución fisiológica y se indica revisión dígito instrumental de la cavidad uterina. A las 11:10 horas se realiza revisión bajo anestesia general, extrayendo restos y coágulos en gran cantidad. Se verifica adecuada retracción uterina, cavidad limpia, canal del parto indemne. A las 11:50 horas se comprueba persistencia de la metrorragia y subinvolución uterina, se indica misoprostol 400 mg rectal y metilergometrina 0,20 mg intramuscular. A las 12:05 horas se efectúa transfusión de glóbulos rojos, persiste con sangrado por lo que se indica ligadura de arterias uterinas vía vaginal. A las 12:23 horas el examen hematológico muestra hematocrito de 10%, hemoglobina de 3,2 g/dl, plaquetas 62.000 μ l. A las 12:30 horas se realiza ligadura de arterias uterinas vía vaginal bajo anestesia general, según técnica presentada por Francisco Nogueira en el XXIX Curso de cirugía vaginal avanzada en Abril de 2011, Londrina, Brasil. Efectuado el procedimiento se verifica cese inmediato del sangrado. La paciente evoluciona con útero retraído, escaso sangrado, sin dolor y signos vitales normales.

Al día siguiente la paciente se levanta sin molestias, inicia lactancia, y el examen revela útero retraído y loquios normales. El control hematológico a las 10:07 horas revela hematocrito de 22%, hemoglobina 7,4 g/dl y plaquetas de 127.000 μ l. A las 12:30 horas se realiza cistoscopia con resultado normal. La paciente se deriva a hospital de origen en buenas condiciones, con lactancia y signos vitales normales. La evolución de la presión arterial fue normal, proteinuria en rangos normales.

Técnica quirúrgica: En posición de litotomía, se realiza extracción de orina. Colpotomía anterior (Figura 1), ligadura y sección de los pilares vesicales (Figura 2). Rechazo de vejiga con valva de Breisky (Figura 3) y tracción del labio anterior del cérvix con pinza Foerster. Se coloca un punto de Vicryl® número 1 en zona de latido arterial identificado digitalmente a cada lado (Figura 4). Verificación del control de la metrorragia. Sutura corrida de la mucosa vaginal con cromado 0.

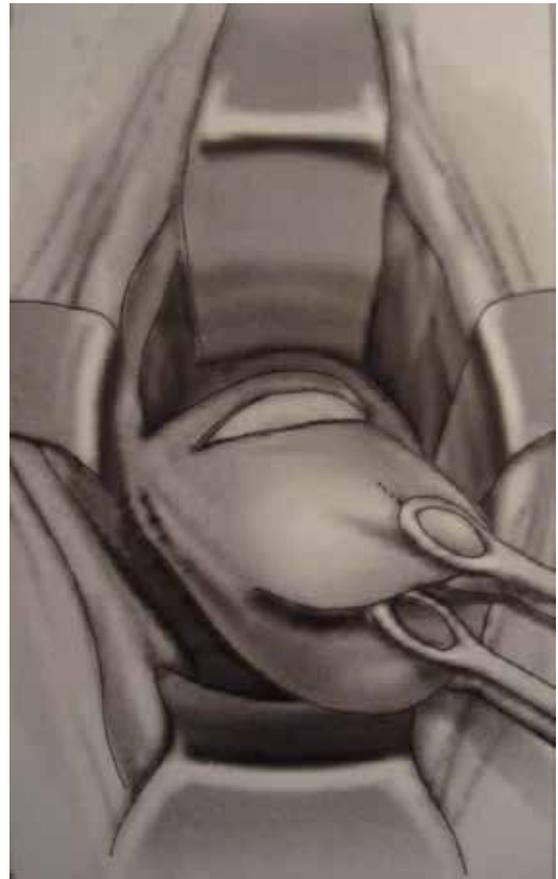


Figura 1. Colpotomía anterior.

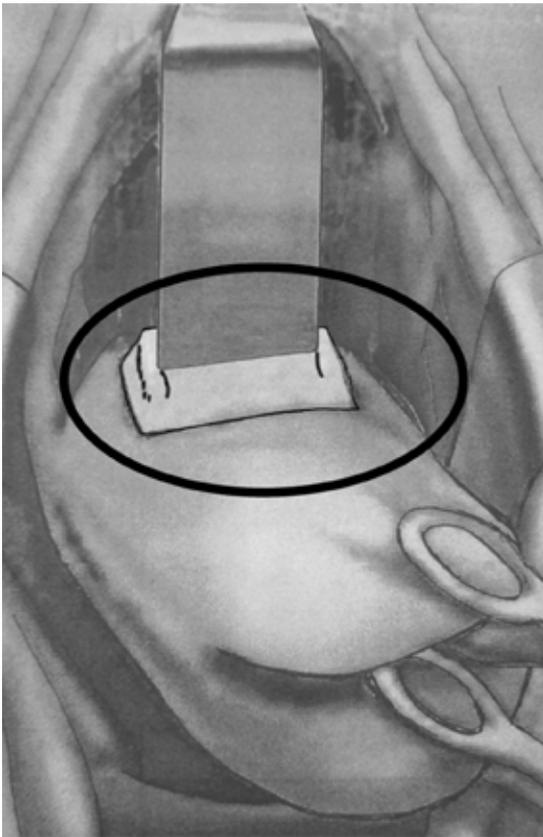


Figura 2. Sección de los pilares vesicales.

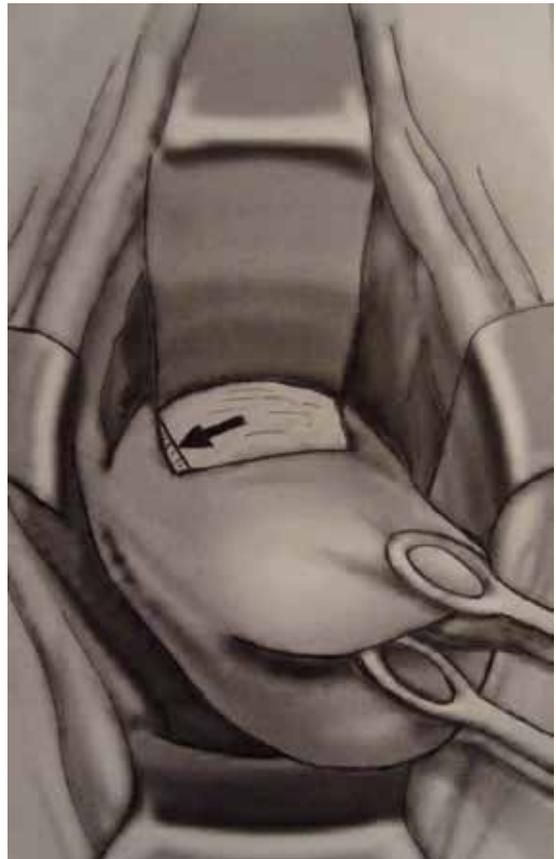


Figura 3. Rechazo vesical.

DISCUSIÓN

El primer trabajo de ligadura de arterias uterinas vía vaginal en hemorragia posparto fue publicado por Philippe y cols en 1997 (8), donde presenta 2 casos con cese inmediato del sangrado uterino. Hebisch y Huch en 2002 (9), presentan 13 casos con excelentes resultados, donde fue necesario realizar histerectomía en sólo una paciente. Este trabajo recibió críticas por el riesgo de lesión de uréter (10). Para evitar esa complicación, es recomendable ligar los pilares vesicales y rechazar la vejiga, con lo cual se desplaza el uréter. Se puede realizar cistoscopia para complementar el procedimiento. En el caso presentado acorde con la literatura, se produjo cese inmediato de la metrorragia y la recuperación no difirió del parto normal.

CONCLUSIÓN

Para ginecólogos capacitados en histerectomía vaginal con o sin prolapso, la ligadura vaginal de

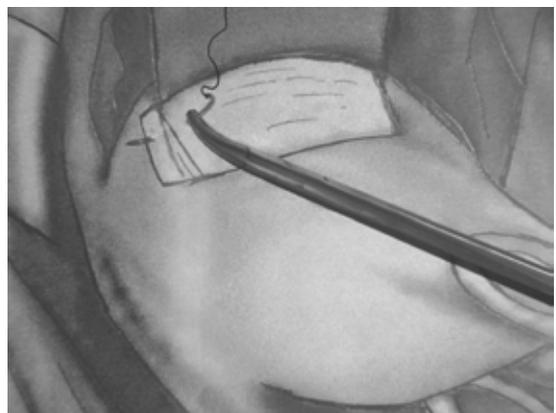


Figura 4. Sutura de los vasos uterinos.

las arterias uterinas es un procedimiento simple, rápido, efectivo y mínimamente invasivo, que puede incorporarse a las alternativas quirúrgicas de tratamiento de la hemorragia posparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bateman B, Berman M, Riley L, Leffert L. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anest Analg* 2010;110(5):1368-73.
 2. Donoso E. Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(4):246-51.
 3. Ronsmans C, Graham W. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006;368:1189-200.
 4. Rajan P, Wing D. postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53(1):165-81.
 5. Kayem G, Kurinczuk J, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine compression sutures for the management of severe postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2011;117(1):14-20.
 6. 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): 520-525.
 7. Hunter L. Exploring the Role of Uterine Artery Embolization in the Management of Postpartum Hemorrhage. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010;24(3):207-14.
 8. Philippe HJ, d'Oreye D, Lewin D. Vaginal ligation of uterine arteries during postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;56(3):267-70.
 9. Hebisch G, Huch A. Vaginal uterine artery ligation avoids high blood loss and puerperal hysterectomy in postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2002;100(3):574-8.
 10. Baggish MS. Letters to the Editor. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):416-7; author reply 417-8.
-