

11217
159
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4
"Luis Castelazo Ayala"
I. M. S. S.

DESARTERIALIZACION PARCIAL DE UTERO

Reporte de 8 casos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
I. S. S. S.

TESIS DE POSTGRADO

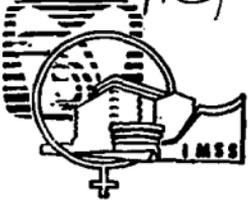
Que para obtener la Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta
DR. JOSE RAMON VEREZ RUIZ

Asesor: DR. EDUARDO TORREBLANCA NEVE

MEXICO, D. F.

1991



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	6
TABLA DE RESULTADOS DE LA DESARTERIALIZACION PARCIAL DE UTERO	7
DISCUSION	8
CONCLUSIONES	11
BIBLIOGRAFIA	12

INTRODUCCION

Una de las tres principales causas de mortalidad en nuestra especialidad sigue siendo la hemorragia, a menudo el choque hipovolémico y las alteraciones de la coagulación se suman a la hemorragia; haciendo mas difícil el control de la misma. (1) Por lo anterior es importante buscar una técnica quirúrgica que controle la hemorragia, que no afecte el futuro obstétrico de la paciente, y que no abra nuevas vías de hemorragia; al tratar quirúrgicamente a la paciente como en la Histerectomía Obstétrica. (2,3).

La desarterialización parcial del útero es una nueva técnica quirúrgica que emplea la ligadura de las arterias hipogástricas y de las tubarias para tratar de disminuir la hemorragia en las pacientes con atonía uterina. Este procedimiento no afecta el futuro obstétrico de la paciente y no abre nuevas vías de hemorragia. (4).

La irrigación uterina está dada por la arteria uterina la cual es rama de la arteria hipogástrica interna, al ser ligada ésta última en forma bilateral la circulación pélvica se lleva a cabo gracias a diversas anastomosis; - las cuales están dadas por las arterias: Ovaricas (rama de la Aorta), por la Hipogástrica inferior (rama de la Iliaca externa), por la hemorroidal superior (rama de la mesentérica inferior), también intervienen la circunfleja, las lumbares inferiores y las ramas perforantes de las femorales profundas. (4,5,6).

El mecanismo de acción por el cual la ligadura de las

arterias hipogástricas disminuye la hemorragia, es la caída de la presión del pulso, ya que la circulación uterina se encuentra mantenida por las anastomosis antes mencionadas. (4,5,7).

Al ligar también las arterias tubarias se pretende -- disminuir aun mas la irrigación uterina y de ésta forma - controlar la hemorragia en el puerperio temprano, causada por atonía uterina de difícil control.

Existe el antecedente de una técnica quirúrgica similar en la que se ligan las arterias hipogástricas mas las arterias ováricas, en los tres casos reportados se presentaron embarazos normoevolutivos. (8) (9).

Planteamiento General del Problema:

¿La desarterialización parcial del útero es una técnica - quirúrgica que trata de disminuir la hemorragia en pacientes con atonía uterina?

Objetivos:

Reportar los resultados del procedimiento quirúrgico y su morbilidad.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes en puerperio temprano que tuvieron atonía uterina y que no respondió a manejo médico (Occitocina, ergonovina y gluconato de calcio).
- Que la magnitud de la hemorragia haya puesto en peligro la vida de la madre.
- Que se le realizara ligadura de arterias hipogástricas y tubarias.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con hemorragia postparto (o cesarea) atribuibles a alguna otra causa; por ejemplo: retención de restos placentarios, laceraciones del canal del parto.

Técnica Quirúrgica:

- 1.- Incisión media infraumbilical.
- 2.- Disección por planos hasta cavidad.
- 3.- Extracción del útero y aislamiento con compresa húmeda.
- 4.- Se identifica por palpación la bifurcación de las - arterias hipogástricas (2 cm. por abajo y hacia afuera de la línea media del promontorio).
- 5.- Se realizará una incisión longitudinal de 5 cm. aproximadamente.

- 6.- Se disecciona retroperitoneo hasta encontrar la bifurcación de la arteria iliaca.
- 7.- Se aplica una sutura de catgut crómico del 1 a un cm. de la bifurcación de la iliaca primitiva hacia la hipogástrica interna, posterior a lo cual se aplica --- otra sutura a un cm. hacia abajo de la anterior.
- 8.- Se deja abierto retroperitoneo.
- 9.- Se realiza el mismo procedimiento con la arteria hipogástrica contralateral.
- 10.- Se identifica la arteria tubaria (abajo de la trompa de Falopio y se aplica un punto con catgut crómico del 00 (se realiza el mismo procedimiento con la arteria contralateral).
- 11.- Se regresa el útero a su posición original.
- 12.- Se cierra la pared por planos.

Para valorar resultado quirúrgico y de morbilidad se estudiarán los siguientes parámetros:

- +) Indicación del procedimiento.
- +) Sangrado aproximado (estimado por el anestesiólogo durante la cirugía) será expresado en mililitros.
- +) Tiempo quirúrgico en minutos.
- +) Complicaciones transoperatorias (lesiones a tejidos, etc.).
- +) Si disminuyó o no la hemorragia después de la desarterialización parcial de útero.
- +) Secuelas del procedimiento.
- +) Si ameritó o no ser reoperada.
- +) Tiempo de hospitalización en días.
- +) Mortalidad.

Se investigará si se presentó infección uterina usando -- tres de cualesquiera de los siguientes parametros:

- +) Fiebre mayor de 38°C despues de las primeras 24 hrs. de puerpério, cuando menos en dos ocasiones.
- +) Frecuencia cardiaca mayor de 100x'.
- +) Leucocitosis mayor de 14,000.
- +) Secreción purulenta.
- +) Cultivos de secreción positivos.

Los resultados se presentarán en una tabla con promedios.

RESULTADOS

La indicación en todas las pacientes fue hipotonía -- uterina la cual no respondió a manejo médico.

La hemorragia anterior al procedimiento varió entre - 1,200 y 5,300 ml. siendo la media 1800 ml.

El tiempo necesario para la desarterialización parcial de útero fluctuó de los 17 a los 20 minutos.

No hubo complicaciones transoperatorias ni necesidad de reoperar a las pacientes desarterializadas.

Una paciente presentó como secuela Insuficiencia renal crónica la cual no fue resultado del procedimiento sino - del shock hipovolémico que presentó.

Otra paciente presentó infección uterina la cual respondió a la administración de antibióticos.

El tiempo de hospitalización varió de 5 a 30 días, -- siendo menor de 10 días en 6 de las 8 pacientes.

De las 8 pacientes a 4 se les resolvió el embarazo por vía vaginal y a 4 por operación cesarea.

Todas las pacientes fueron manejadas con triple esquema de antibióticos (Penicilina G sódica cristalina, 4 millones IV cada 4 hrs., Gentamicina 80 mg. IV cada 8 hrs., y Metronidazol 500 mg. IV cada 8 hrs.).

TABLA DE RESULTADOS DE LA DESARTERIALIZACION PARCIAL DE UTERO

CASO N°	1	2	3	4	5	6	7	8	Prom.
INDICACION QUIRURGICA	Hipo-tonía								
HEMORRAGIA (ml.)	1,200	1,700	2,000	1,800	1,700	5,300	1,800	1,700	2,150
TIEMPO Qx. (en min.)	18	20	17	20	18	17	20	18	18.5
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	No								
SECUELAS	No	IRC?	No						
REINTERVENCION	No								
TIEMPO DE HOSPITALIZACION (en días)	9	30	8	6	5	16	9	7	12.5
INFECCION	No	Si	No	No	No	No	No	No	12.5

DISCUSION:

La indicación principal para la desarterialización parcial de útero fue la hipotonía uterina, respondiendo las -pacientes en forma espectacular al procedimiento, en la literatura se encuentran reportes de una técnica aproximada (ligadura de arterias hipogástricas) la cual se ha empleado con éxito en acretismo placentario y hemorragias por --procesos sépticos (1,2,9,10) por lo tanto es muy probable que esta nueva técnica pueda ser aplicada en otras etiolo--gías de la hemorragia uterina puerperal.

La hemorragia previa al procedimiento varió entre los 1,200 ml. a los 5,300 ml. (en el cuadro 1 se especifica la cantidad aproximada del sangrado en cada paciente), a juicio de los autores no se debe esperar a tener una pérdida hemática tan importante como la de 5,000 ml. ya que si despues de un manejo adecuado con occitócicos, gluconato de -calcio y volumen la paciente no responde se debe realizar la desarterialización parcial de útero ya que la gravedad de la paciente al entrar a quirófano se reflejará durante la cirugía y el postoperatorio (como por ejemplo: con alte raciones en la coagulación por consumo o por alteraciones renales causadas por el shock).

El tiempo quirúrgico varió de 17 a 20 minutos por lo que podemos afirmar que es un procedimiento rápido en ma--nos de personal con gran experiencia.

No se presentaron complicaciones transoperatorias ni -secuelas por el procedimiento en ninguna de las pacientes,

una de las pacientes presentó Insuficiencia renal crónica la cual fue secundaria al shock hipovolémico que presentó y a la eclampsia de la paciente.

Solo una paciente presentó infección uterina aun con el triple esquema de antibióticos que se le administraron a todas las pacientes, y ésta puede ser explicada por múltiples causas, por ejemplo: la manipulación úterina durante la revisión de cavidad, la anemia, y tal vez la hipoperfusión uterina.

Los días de hospitalización fluctuaron entre los 5 y los 30 días, lo cual está de acuerdo con lo descrito en la literatura (9,10). Esto depende de otras patologías agregadas como por ejemplo: toxemia, infecciones, etc.

En nuestra serie ninguna paciente murió después de -- realizado el procedimiento ya que en todos los casos fue realizado en forma correcta y oportuna.

Una característica importante que se debe tener en -- cuenta para el manejo de éste tipo de pacientes es que -- cuando se realiza el procedimiento en el momento oportuno evolucionan favorablemente a corto plazo, es común tratar de retardar un procedimiento quirúrgico esperando a que -- la hemorragia disminuya perdiendo de ésta forma el tiempo ideal para realizar la desarterialización parcial de útero, influyendo ésto en forma negativa en la evolución de la paciente.

Es lógico suponer que la posibilidad de embarazos futuros en éstas pacientes sea cierta, ya que existen repor

tes en la literatura de gestaciones normoevolutivas después de la ligadura de las arterias uterinas y las ováricas (8), de hecho es probable que esta técnica afecte menos a la fecundidad ya que la irrigación ovarica está dada en mayor proporción por la arteria ovarica, y en menor por la tubaria interna.

Dentro de las complicaciones de la Histerectomía obstétrica está contemplada la hemorragia en un 3.3% y la lesión a las vías urinarias en un 3.2% (11), accidentes que no se presentan en la desarterialización parcial de útero.

Esta nueva técnica quirúrgica presenta una morbi-mortalidad excelente para las pacientes así como la posibilidad teórica de embarazos futuros, siendo ideal para pacientes con deseo de embarazos futuros o en estado crítico, que necesitan un procedimiento rápido que no abra nuevas vías de sangrado.

CONCLUSIONES:

- La desarterialización parcial de útero es una técnica que disminuye la hemorragia postparto por atonía uterina en forma importante; no necesitando otro procedimiento.
- Es una técnica simple con una baja morbilidad y sin mortalidad en la serie.
- Deja la posibilidad de embarazos futuros (al conservar el útero).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Esperanza, AR .Ligadura de las arterias Hipogástricas en el tratamiento de las hemorragias masivas en Gineco-obstetricia. Ginec Obstet Méx 1977;42:411-19
- 2.- Given, FT .Pregnancy following bilateral ligation of the internal iliac (hipogastric) arteries. Am J Obstet Gynecol 1964;89:1078-9
- 3.- Esperanza, AR .Embarazos obtenidos despues de la ligadura de las arterias iliacas internas. Ginec Obstet Méx 1976;40:445-9
- 4.- Carbia, AE .Ligadura de las arterias hipogástricas en ginecologia y obstetricia. Ginec Obstet Méx 1968; XXIII:799-805
- 5.- Burchel, RC .Internal iliac artery ligation: Hemodynamics. Obstet and Gynecol. 1964;24:737-9
- 6.- Cinco Arenas, JE .Ligadura de arterias hipogástricas - en gineco-obstetricia. Reporte de 6 casos. Ginec Obstet Méx 1967;XXII:1407-15
- 7.- Dubay, ML .Internal iliac artery ligation for postpartum hemorrhage: Recanalization of vessels. Am J Obstet Gynecol 1980;136:689-91
- 8.- Mengert, WF .Pregnancy after bilateral ligation of the internal iliac and ovarian arteries. Obstetrics and Gynecology 1969;34:664-6
- 9.- Fernandez H .Internal iliac artery ligation in postpartum hemorrhage. Eur J of Obstet and Gynecol and Repr Biol 1988;28:213-20
- 10.- Evans, E .The efficacy of internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage. Surg Gynecol Obstet 1985; 66:353-6
- 11.- Warren, C .Histerectomia Periparto. Ginecologia y obte- tricia Temas Actuales. Interamericana 1988;4:775-85