



Modificación a la técnica de sutura compresiva B-Lynch en atonía uterina

RESUMEN

Antecedentes: una de las principales causas de muerte en el mundo es la hemorragia posparto y uno de los recursos quirúrgicos para detenerla es el empleo de la sutura compresiva uterina descrita por Christopher B-Lynch y las modificaciones a esta técnica.

Objetivo: describir los resultados con la técnica modificada *versus* la descrita por B-Lynch en la atonía uterina, causa principal de la hemorragia posparto.

Material y métodos: estudio descriptivo y reporte de casos de atonía uterina en los que se aplicó la técnica modificada de B-Lynch en nuestro centro entre marzo 2012 y septiembre de 2013.

Resultados: en 21 casos en los que se realizó la técnica modificada se consiguió resolver el problema hemorrágico, excepto en dos en que fue necesaria la histerectomía obstétrica.

Conclusiones: la técnica de B-Lynch modificada por nuestro grupo resultó efectiva, rápida y segura para tratar la atonía uterina, sin afectar las posibilidades de fertilidad.

Palabras clave: hemorragia posparto, atonía uterina, sutura B-Lynch, suturas de compresión uterina.

Alfredo Ramírez-Cárdenas¹
Hernando Solís-Trasancos¹
Paola García-Ruiz¹
Juan Manuel Ramírez-García¹
Elvis Efraín Sánchez-Marce²

¹ Ginecoobstetra.

² Laboratorio Central.

Hospital Regional de Veracruz, SS. México.

Modified technique b-lynch compression suture with uterine atony

ABSTRACT

Backgrounds: One of the leading causes of death in the worldwide is postpartum hemorrhage, one of the surgical resources is the use of uterine compression suture described by Christopher B-Lynch and some modifications of the technique.

Objective: To review the effectiveness of the modified technique described by B-Lynch in early postpartum hemorrhage secondary to uterine atony refractory to medical treatment.

Material and methods: We performed a descriptive and case study of cases of uterine atony treated with the B-Lynch modified technique in our center between march 2012 to september 2013.

Results: Hemorrhage was resolved in 21 patients. Obstetric hysterectomy was required in the remaining of two patient.

Recibido: enero 2015

Aceptado: junio 2015

Correspondencia

Dr. Alfredo Ramírez Cárdenas
alfredoramirez_atm@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Ramírez-Cárdenas A, Solís-Trasancos H, García-Ruiz P, Ramírez-García JM, Sánchez Marce EE. Modificación a la técnica de sutura compresiva B-Lynch en atonía uterina. Ginecol Obstet Mex 2015;83:471-476.

Conclusions: The B-Lynch modified technique by our group is effective, safe and rapid in the treatment of uterine atony. However, obstetric hysterectomy may be required as a last resort when all other uterine-conserving techniques have failed.

Key words: Postpartum haemorrhage, uterine atony, B-Lynch suture, uterine compression sutures.

ANTECEDENTES

Una de las principales causas de muerte en el mundo es la hemorragia posparto y uno de los recursos quirúrgicos para inhibirla es la sutura compresiva uterina descrita por Christopher B-Lynch con sus modificaciones. Una de las limitaciones inmediatas de la técnica original de B-Lynch al momento de colocar las suturas en el fondo del útero es su deslizamiento sobre los bordes laterales del útero y no comprimir adecuadamente. Ese inconveniente se supera modificando la técnica para mantener abierta la histerotomía hasta valorar objetivamente el cese del sangrado.¹⁻³

El objetivo de esta investigación fue describir los resultados con la sutura compresiva del útero con la modificación a la técnica originalmente descrita por B-Lynch.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y reporte de serie de casos de pacientes atendidas entre el 1 de marzo de 2012 y el 30 de septiembre de 2013 en el Hospital Regional de Veracruz en el área de Tococirugía, en quienes el embarazo terminó por cesárea y que tuvieron atonía uterina durante la intervención. En todas se aplicó el método estándar de atención de la atonía uterina en la cesárea con: masaje uterino, uterotónicos, infusión de oxitocina y solución salina normal (hasta 40 UI) por vía intravenosa, ergometrina (0.25-0.5 mg), 800

mg de misoprostol rectal como medidas para detener la hemorragia obstétrica.

Criterios de exclusión: placenas previas, acretisimo placentario, lecho placentario sangrante sin atonía. Solo se seleccionaron las pacientes con atonía uterina resistente al tratamiento médico como la principal causa; se aplicó una sutura compresiva uterina B- Lynch modificada en el momento de la laparotomía.

La técnica consiste en el paso de una sutura continua por el útero para aplicar compresión sostenida a las paredes del útero. Este procedimiento es mucho más rápido y simple que efectuar una histerectomía o ligadura de la arteria ilíaca interna; sobre todo si el objetivo principal es preservar la fertilidad. Es necesario extraer el útero de la cavidad abdominal; después del alumbramiento se realiza la sutura compresiva del útero. La técnica consiste en el paso de una sutura continua uterina en la cara anterior y posterior del útero con material reabsorbible. El procedimiento se inicia con una aguja semicircular roma de 36.4 mm, montada con sutura monocryl del número 1. El primer punto se realiza a dos centímetros del borde lateral derecho del útero y dos centímetros por arriba de la histerotomía (Figura 1). El segundo punto se efectúa a 3 cm por arriba del borde de la histerorrafia y a 2 cm del borde lateral izquierdo (Figura 2). El tercer punto se hace en el fondo uterino, con 2 cm de margen de borde lateral (Figura 3). El cuarto punto es en la cara

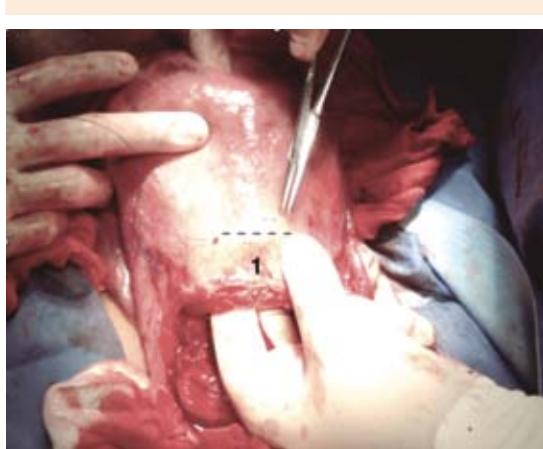


Figura 1. Realización del primer punto a 2 cm del borde lateral derecho del útero.



Figura 3. El tercer punto se hace en el fondo uterino, con 2 cm de margen de borde lateral.



Figura 2. El segundo punto se efectúa a 3 cm por arriba del borde de la histerorrrafia.

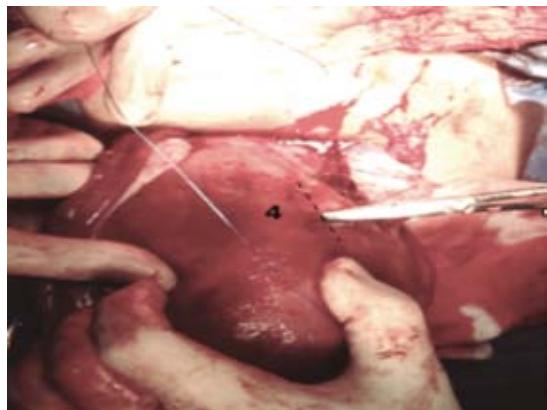


Figura 4. El cuarto punto es en la cara posterior del útero.

posterior del útero, en forma de espejo al punto colocado en la cara anterior, manteniendo 2 cm de margen del borde lateral izquierdo del útero (Figura 4). El quinto punto se coloca por arriba de los ligamentos útero sacros (Figura 5). El sexto punto se realiza a la misma altura que el punto 4 con un margen de 2 cm del borde lateral derecho del útero (Figura 6). El séptimo punto se coloca en el fondo, del lado derecho, con margen de 2 cm del borde lateral del mismo lado (Figura 7).

El octavo punto se realiza en la cara anterior del útero, a nivel del segundo punto y con 2 cm de margen del borde lateral derecho del útero (Figura 8). Al terminar la sutura, el cirujano retrae sus extremos y el ayudante comprime las paredes del útero en sentido vertical y antero-posterior de forma sostenida, para sujetar los extremos de la sutura, ejerciendo compresión sostenida entre las paredes del útero (Figura 9). Como resultado, el útero tiene aspecto de congestión vascular

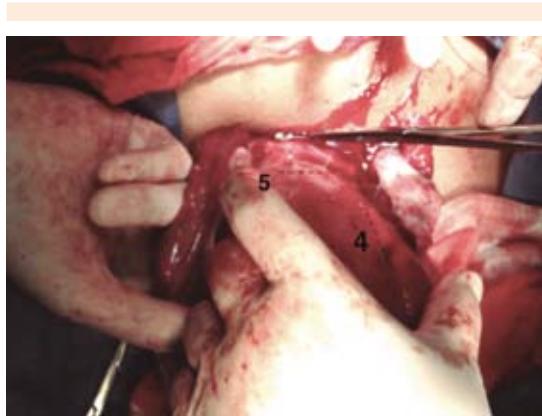


Figura 5. El quinto punto es por arriba de los ligamentos útero sacros.

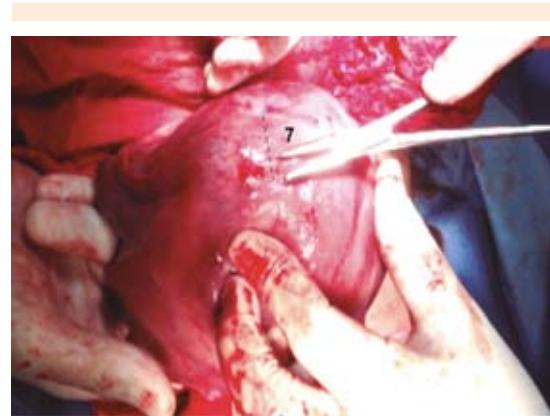


Figura 7. El séptimo punto se coloca en el fondo del lado derecho.

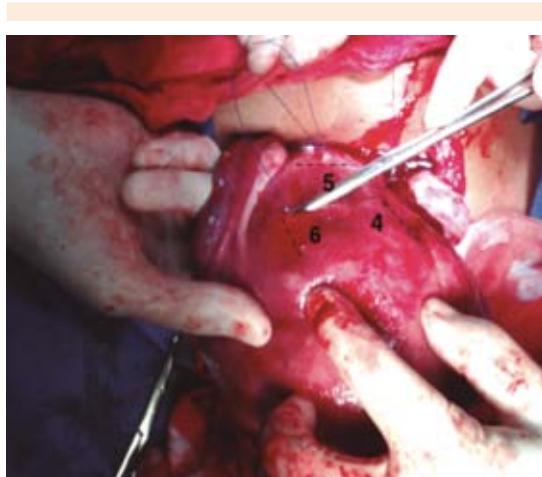


Figura 6. El sexto punto es a la misma altura que el punto 4.

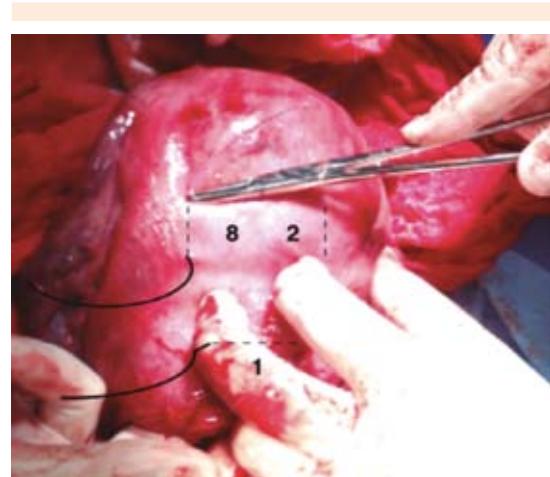


Figura 8. El octavo punto se realiza en la cara anterior del útero.

como se observa en la Figura 10. Se verifica la hemostasia en los puntos realizados y se continúa con la técnica de la cesárea.

En cada paciente se inició un esquema de antibiótico intravenoso (cefotaxima 1g cada 8 horas durante 48 horas) e infusión de oxitocina a dosis de 40 U en solución salina para 6 horas. Se monitorizaron los signos vitales cada hora, lo mismo que la hemoglobina, hematocrito, tiem-

pos de coagulación y la cantidad de sangrado transvaginal. Posteriormente se le realizó control ecográfico a las 24 h y 7 días después de la cirugía para evaluar la existencia de líquido libre o colecciones en la cavidad uterina (Figuras 11 y 12). Las pacientes evolucionaron satisfactoriamente y fueron dadas de alta del hospital a las 48 h.

La sutura compresiva del útero mantiene una tensión sostenida en las fibras musculares en sentido



Figura 9. El cirujano retrae los extremos y el ayudante comprime las paredes.



Figura 10. Útero con aspecto de congestión vascular.

vertical y antero-posterior. Esto permite la adhesión de la pared anterior y posterior del útero y el acortamiento de las paredes del útero en sentido vertical, de tal forma que impide la formación del espacio virtual del endometrio y la colección de sangre y permite realizar un cierre “compresivo” de los vasos de las arterias espirales.

RESULTADOS

Se realizó sutura compresiva uterina modificada a 23 pacientes con hemorragia uterina resistente

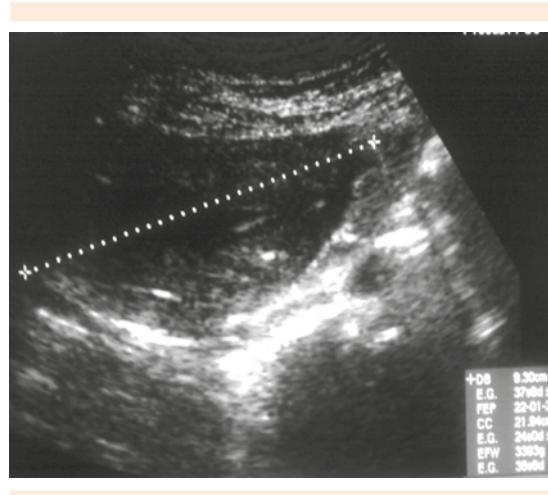


Figura 11. Control ecográfico a las 24 h y 7 días después de la cirugía.



Figura 12. El control ecográfico también sirve para evaluar la existencia de líquido libre.

a los uterotónicos, los límites de edad de las pacientes fueron 16 y 39 años. En 19 pacientes (90%) el sangrado se detuvo y pudo cumplirse con el objetivo de preservar la fertilidad. En 2 pacientes se aplicó una sutura compresiva y realizó desarterialización escalonada del útero y pudo preservarse el útero.

En 2 pacientes en las que fallaron las medidas de la sutura compresiva se requirió histerectomía obstétrica, sin complicaciones relacionadas

con la colocación de la sutura. 15 de las pacientes eran primíparas, 5 cursaban el segundo embarazo y 3 eran multíparas. A 23 pacientes se les colocó la sutura al momento de la cesárea, 9 de las cesáreas efectuadas fueron de urgencia por indicación obstétrica. La pérdida estimada de sangre durante todos los procedimientos fue de entre 900 y 2500 cc, no hubo muertes maternas.

DISCUSIÓN

La modificación a la técnica original de B-Lynch es segura y efectiva porque permitió preservar el útero en 21 pacientes. Por esto se propone su aplicación cuando fallan los uterotónicos y es necesario preservar el útero y la fertilidad de la mujer. Nuestro estudio demuestra que la hemorragia posparto puede controlarse con esta compresión uterina.

En la bibliografía se reportan tasas de éxito con la técnica de B-Lynch de alrededor de 80 a 100%, con otras técnicas, como la de Hayman, 90% de éxito, Ouahba 95% y Cho 100%.⁴⁻⁷

La técnica propuesta es de menor grado de dificultad que otras técnicas quirúrgicas, como la ligadura de la arteria iliaca interna o la histerectomía obstétrica. Esta sutura de compresión puede realizarse a los 2-3 minutos después de

haberse familiarizado con la técnica. En general, la mayoría de las pacientes a quienes se aplicó la modificación de la técnica no tenía otros factores de comorbilidad, ninguna tuvo sangrado adicional debido a la sutura; los loquios fueron de características normales, sin hematometras en el seguimiento ecográfico durante el puerperio mediato o tardío.

REFERENCIAS

1. EL-Hamamy E, Wright & CA, B-Lynch, The B-Lynch suture technique for postpartum haemorrhage: A decade of experience and outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009;29:278-283.
2. Matsubara S, Yano H, Ohkuchi A, et al. Uterine compression sutures for postpartum hemorrhage: an overview. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology* 2013;378:385-379.
3. Anamika M, Kallol M, Bipin V, et al. A descriptive study on Hayman suture technique to control postpartum Hemorrhage. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012;34: 79-83.
4. Cho JM, Jun HS, Lee CN. Haemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2000;96:129-31.
5. Ouahba J, Piketty M, Huel C, Azarian M, Feraud O, Luton D, et al. Uterine compression sutures for postpartum bleeding with uterine atony. *BJOG* 2007;114:619-22.
6. EL-Hamamy E, Wright A, B-Lynch C. The B-Lynch suture technique for postpartum haemorrhage: a decade of experience and outcome. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:278-83.
7. Ghezzi F, Cromi A, Uccella S, Raio L, Bolis P, Surbek D. The Hayman technique: a simple method to treat postpartum hemorrhage. *BJOG* 2007;114:362-5.