

# CASO CLÍNICO

## CASE REPORT

1. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Venezuela
  - a. Doctor en Ciencias Médicas; Especialista en Ginecología y Obstetricia
  - b. Especialista en Ginecología y Obstetricia

### Declaración de aspectos éticos

**Reconocimiento de autoría.** Todos los autores declaramos que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

**Responsabilidades éticas.** Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaramos que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Financiamiento:** Los autores certificamos que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

**Recibido:** 3 abril 2019

**Aceptado:** 23 mayo 2019

**Publicación online:** 14 noviembre 2019

### Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona".  
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

**Citar como:** Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondon-Tapia M. Rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario, en gestante con sutura compresiva uterina previa. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):533-536. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2217>

# Rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario, en gestante con sutura compresiva uterina previa

## Second trimester uterine rupture due to placenta accreta in pregnant woman with previous uterine compression suture

Eduardo Reyna-Villasmil<sup>1,a</sup>, Duly Torres-Cepeda<sup>1,a</sup>, Martha Rondon-Tapia<sup>1,b</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2217>

### ABSTRACT

Postpartum hemorrhage can be a life-threatening condition. Successful approaches have been described using uterine compression sutures to control postpartum hemorrhage, in some cases by a combination of techniques. Procedures to reduce blood loss consist of uterine massage, medical treatment, uterine tamponade and hysterectomy. The uterine compression suture, or B-Lynch technique, has been proposed to control postpartum hemorrhage in such cases of uterine atony, preserving fertility. Although report of complications of this procedure is scarce, the appearance of necrosis, pyometra, uterine rupture and, more recently, exaggerated and abnormal invasion of the placenta (placenta accreta) in a subsequent pregnancy has been described. It is necessary to inform patients on potential complications of the procedure and the need of postoperative follow-up to confirm their absence. We present a case of second trimester uterine rupture due to placenta accreta in a patient with previous uterine compression suture.

**Key words:** Uterine rupture, Placenta accreta, Pregnancy complications, Suture techniques.

### RESUMEN

La hemorragia posparto puede ser una afección potencialmente mortal. Se han descrito técnicas exitosas que utilizan suturas de compresión uterina para controlar la hemorragia postparto, en algunos casos utilizando una combinación de técnicas. Los procedimientos para reducir la pérdida sanguínea varían desde masaje uterino, tratamiento médico, taponamiento uterino e histerectomía. La sutura compresiva uterina, o técnica de B-Lynch, se ha propuesto para controlar la hemorragia posparto en aquellos casos de atonía uterina, preservando la fertilidad. Aunque el reporte de complicaciones de este procedimiento es escaso, se ha descrito la aparición de necrosis, piometra, rotura uterina y, más recientemente, invasión exagerada y anormal de la placenta (acretismo placentario) en el embarazo subsiguiente. En necesario informar a las pacientes sobre las complicaciones potenciales del procedimiento y la necesidad de seguimiento postoperatorio para confirmar la ausencia de complicaciones. Se presenta un caso de rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario en gestante con sutura compresiva uterina previa.

**Palabras clave.** Rotura uterina, Placenta acreta, Complicaciones del embarazo, Técnicas de sutura.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo y la atonía uterina es responsable de 75 a 90% de los casos<sup>(1)</sup>. Las intervenciones tempranas y rápidas para reducir la pérdida sanguínea posparto varían desde el masaje uterino, tratamiento médico, taponamiento uterino hasta la histerectomía. Esta última sigue siendo el método quirúrgico definitivo, pero se asocia con pérdida de fertilidad y morbilidad grave asociadas a lesiones del tracto genitourinario<sup>(2)</sup>. El fracaso de los procedimientos de primera línea ha llevado al uso de diferentes estrategias quirúrgicas, una de las cuales es la sutura compresiva uterina o técnica de B-Lynch, como una de las alternativas efectivas a la histerectomía<sup>(3)</sup>.

La técnica de sutura de compresión uterina, utilizadas inicialmente en 1989, se describe como fácil, rápida y sencilla de realizar para controlar la hemorragia posparto en aquellos casos de atonía uterina y se asocia con baja morbimortalidad y preservación de la fertilidad<sup>(2)</sup>. Sin embargo, una revisión sistemática mostró que pueden observarse complicaciones a mediano y largo plazo, como necrosis, piometra y/o sinequias y, en menor frecuencia, perforación uterina y acretismo placentario<sup>(4)</sup>. Se presenta un caso de rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario en gestante con sutura compresiva uterina previa.

## REPORTE DE CASO

Se trata de paciente de 21 años de edad, 2 gestas, 2 paras, con embarazo de 17 semanas, quien fue llevada a la emergencia por dolor en hemiabdomen inferior. En el embarazo actual, la paciente no presentó alguna alteración durante el embarazo y no tenía antecedentes de traumatismo o contracciones uterinas antes de la aparición de los síntomas. Refirió que, durante el embarazo anterior, 3 años antes, había presentado hemorragia posparto refractaria al tratamiento médico, por lo que se realizó laparotomía exploradora y sutura compresiva para tratar la hemorragia uterina; negó cualquier complicación postoperatoria.

Al examen físico, la paciente estaba pálida, taquicárdica e hipotensa. La evaluación abdominal mostró cicatriz en línea media, con distensión,

signos de irritación peritoneal y ausencia de contracciones uterinas palpables. No se observaron lesiones en la piel del abdomen. La especuloscopia vaginal no mostró sangrado genital ni modificaciones cervicales. La ecografía abdominal reveló presencia de abundante cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal, útero bien contraído y sin evidencia de estructuras fetales dentro del útero. Se realizó el diagnóstico de posible rotura uterina y fue preparada para cirugía.

La paciente fue sometida a laparotomía de urgencia, realizándose incisión mediana, en la que se encontró aproximadamente 3 litros de sangre libre en cavidad abdominal, producto de pérdida de la solución de continuidad en la zona fúndica del útero, de aproximadamente 6 centímetros (figura 1), con la placenta saliendo a través del defecto y feto libre en el fondo de saco de Douglas. Adyacente a la zona de rotura uterina, los surcos de la sutura compresiva tipo B-Lynch parecían muy delgados y con bordes cicatriciales posiblemente causados por necrosis miometrial secundaria a la sutura compresiva. Se realizó un intento inicial de cierre del defecto con vicryl-1, pero los bordes estaban friables y el sangrado continuaba a pesar del uso de uterotónicos y medios mecánicos, por lo que se decidió realizar histerectomía subtotal con ooforosalingectomía izquierda. Se colocó un catéter de Jakson-Pratt para controlar el sangrado postoperatorio. La paciente fue tratada con hemoderivados durante el trans- y postoperatorio.

FIGURA 1. RADIOGRAFÍA PÉLVICA ANTEROPOSTERIOR EN POSICIÓN SUPINA, EN LA QUE SE OBSERVA LA DIÁSTASIS DE 25 MILÍMETROS DE LA SINFISIS PÚBICA.





rio. Posteriormente fue transferida a la unidad de cuidados intensivos, donde permaneció tres días, y luego fue transferida a la sala de hospitalización hasta el momento del alta, 7 días después de la cirugía.

El examen anatomopatológico de útero mostró un defecto de 8 centímetros en el fondo uterino. El grosor miometrial variaba de 3 centímetros hasta 0,3 milímetros. También se encontró evidencia de trofoblasto y vellosidades coriónicas que se extendían por el defecto de la pared uterina por todo el miometrio hasta la superficie de la serosa, hallazgos sugestivos de acretismo placentario.

## DISCUSIÓN

La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; representa una cuarta parte de las defunciones maternas en todo el mundo<sup>(1)</sup>. Los médicos tienen diferentes opciones para controlar la pérdida hemática posparto, incluidos los métodos farmacológicos (oxitocina y misoprostol) y mecánicos (compresión bimanual). La última opción disponible para controlar la hemorragia es la histerectomía, la cual se asocia con elevada morbilidad y pérdida de fertilidad, lo cual puede afectar psicológicamente a las pacientes. Para evitar estas complicaciones, se han propuesto en la práctica obstétrica técnicas de suturas compresivas del útero<sup>(5)</sup>. Estas suturas de compresión son útiles en el tratamiento de la hemorragia posparto secundaria a atonía uterina<sup>(5,6)</sup>. Las más utilizadas son las suturas compresivas de B-Lynch y B-Lynch modificada, con bastante éxito.

Existen informes que citan la variedad de complicaciones después del uso de sutura de B-Lynch, desde piometra, necrosis uterina parcial o total, erosión uterina, sinequias, síndrome de Asherman hasta perforación y rotura uterina<sup>(7,8)</sup>. La necrosis uterina es la complicación más comúnmente reportada y parece ser más común cuando la colocación de la sutura se realiza en el fondo central<sup>(9)</sup>. Algunos autores han propuesto fallas en la correcta realización del procedimiento en mujeres que experimentaron estas complicaciones<sup>(10)</sup>. Sin embargo, el desarrollo de las complicaciones durante el postoperatorio puede estar relacionado al material de sutura

y grado de tensión e isquemia secundaria que el material produce sobre el miometrio<sup>(7)</sup>. Otros investigadores no apoyan la hipótesis de que el tipo del material de sutura representa un papel importante. La causa de la diferencia es que, a medida que el útero involucre, la tensión compresiva disminuye en los días siguientes al parto, por lo que el daño causado por el procedimiento ocurre en el postoperatorio inmediato y está relacionado con el grado de tensión e isquemia que la sutura ejerce sobre el miometrio<sup>(11)</sup>.

Hasta la fecha, no existen estudios aleatorios para evaluar el material de sutura correcto. No obstante, estos ensayos pueden ser difíciles de realizar debido a la frecuencia relativamente baja de hemorragia posparto incontrolable y a la posibilidad de sesgo para interpretar los resultados. En todo caso, se recomienda utilizar material de sutura reabsorbible para reducir el riesgo de complicaciones, y el procedimiento nunca debe combinarse con la oclusión vascular uterina<sup>(12)</sup>.

Investigaciones previas han descrito la presencia de surcos verticales en el útero posterior a la sutura B-Lynch, pero no se ha podido comprobar que su presencia esté relacionada con el desarrollo de acretismo placentario en embarazos posteriores<sup>(13)</sup>. Es posible que la predisposición a la placentación anormal se asocie directamente con la isquemia y necrosis tisular, lo cual puede aumentar la probabilidad de aparición y desarrollo de procesos patológicos placentarios<sup>(14)</sup>.

Este caso es el cuarto caso de rotura uterina posterior a la realización de la sutura compresiva de B-Lynch, y apenas el segundo informe de rotura uterina asociada a acretismo placentario que ocurre durante el segundo trimestre del embarazo<sup>(3,15)</sup>. Todos los casos se produjeron en la zona del fondo uterino en la que se realizó la sutura compresiva, que aparentemente sufrió el mayor adelgazamiento después de realizar el procedimiento. Esto demuestra que la técnica no está exenta de complicaciones.

Todas las mujeres sometidas a este tipo de procedimiento deben ser seguidas a largo plazo para evaluar el grosor miometrial (en especial si existen dudas sobre su integridad) y prevenir posibles complicaciones. Además, deben ser informadas sobre los riesgos potenciales en embarazos posteriores, ya que mientras el



procedimiento se hace cada vez más habitual, las complicaciones irán en aumento<sup>(3)</sup>. Además, debe considerarse la enseñanza formal del procedimiento de sutura compresiva uterina en cualquiera de sus modalidades, posiblemente incorporarlas al plan de estudio del manejo de la hemorragia posparto, para permitir un enfoque más estandarizado y reducir las tasas de morbilidad materna.

En conclusión, la rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario en gestante con sutura compresiva uterina previa es una complicación potencialmente mortal. Aunque la sutura compresiva del útero en cualquiera de sus variedades es eficaz en el tratamiento de la hemorragia posparto secundaria a atonía uterina, el procedimiento debe reservarse para los casos en que las medidas mecánicas y farmacológicas fallan. Se debe realizar el seguimiento de las pacientes a largo plazo y todas deben ser informadas de los riesgos potenciales en embarazo posteriores.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nathan LM. An overview of obstetric hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2019;43(1):2-4. doi: 10.1053/j.semperi.2018.11.001.
2. Vandenberghe G, Bloemenkamp K, Berlage S, Colmorn L, Deneux-Tharoux C, Gissler M, et al. The International Network of Obstetric Survey Systems study of uterine rupture: a descriptive multi-country population-based study. *BJOG.* 2019;126(3):370-81. doi: 10.1111/1471-0528.15271.
3. Pechtor K, Richards B, Paterson H. Antenatal catastrophic uterine rupture at 32 weeks of gestation after previous B-Lynch suture. *BJOG.* 2010;117(7):889-91. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02554.x.
4. Doumouchtsis SK, Nikolopoulos K, Talaulikar V, Krishna A, Arulkumaran S. Menstrual and fertility outcomes following the surgical management of postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG.* 2014;121(4):382-8. doi: 10.1111/1471-0528.12546.
5. Zheng J, Xiong X, Ma Q, Zhang X, Li M. A new uterine compression suture for postpartum haemorrhage with atony. *BJOG.* 2011;118(3):370-4. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02809.x.
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(4):278-83.
7. El-Hamamy E. Partial ischemic necrosis of the uterus following a uterine brace compression suture. *BJOG.* 2005;112(1):126.
8. Grotegut CA, Larsen FW, Jones MR, Livingston E. Erosion of a B-Lynch suture through the uterine wall: a case report. *J Reprod Med.* 2004;49(10):849-52.
9. Gottlieb AG, Pandipati S, Davis KM, Gibbs RS. Uterine necrosis: a complication of uterine compression sutures. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2 Pt 2):429-31. doi: 10.1097/AOG.0b013e31817b0781.
10. Reyftmann L, Nguyen A, Ristic V, Rouleau C, Mazet N, Dechaud H. Partial uterine wall necrosis following Cho hemostatic sutures for the treatment of postpartum hemorrhage. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009;37(6):579-82. doi: 10.1016/j.gyobfe.2008.09.025.
11. Akoury H, Sherman C. Uterine wall partial thickness necrosis following combined B-Lynch and Cho square sutures for the treatment of primary postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(5):421-4.
12. Gizzo S, Saccardi C, Patrelli TS, Di Gangi S, Breda E, Fagherazzi S, et al. Fertility rate and subsequent pregnancy outcomes after conservative surgical techniques in postpartum hemorrhage: 15 years of literature. *Fertil Steril.* 2013;99(7):2097-107. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.013.
13. Fuglsang J. Later reproductive health after B-Lynch sutures: a follow-up study after 10 years' clinical use of the B-Lynch suture. *Fertil Steril.* 2014;101(4):1194-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.01.015.
14. Harlow FH, Smith RP, Nortje J, Anigbogu BO, Tyler X. Catastrophic uterine rupture associated with placenta accreta after previous B-Lynch sutures. *J Obstet Gynaecol.* 2018;38(2):282-284. doi: 10.1080/01443615.2017.1342615.
15. Amarasekara S, Dissanayake D, Jayawardana A, Silva D. Uterine rupture at 33 weeks following previous B-lynch suture. *Ceylon Med J.* 2011;56(3):121-3.