

Lesión de arteria iliaca en histerectomía

Iliac artery injury during hysterectomy

Esther Vicente-González,¹ Francisco V. Venegas-Páez,¹
 Dante A. Barrón-Saldaña,¹ Jorge Martínez-López¹

RESUMEN

Femenino de 49 años, programada para histerectomía por miomatosis uterina, durante la cual ocurrió lesión advertida de la bifurcación de vasos ilíacos con sangrado transquirúrgico de 9.2 litros.

Palabras clave: lesión transquirúrgica de vasos ilíacos, rhabdomyolisis isquémica, complicaciones de histerectomía.

ABSTRACT

Female, 49 years old, scheduled for uterine myomatosis hysterectomy, during which she suffered a detected injury to the iliac vessel bifurcation with trans-surgical bleeding of 9.2 liters.

Key words: trans-surgical iliac vessel injury, ischemic rhabdomyoly-

sis, hysterectomy complications.

Síntesis de la Queja

La queja fue promovida por la pareja de la paciente, quien refirió complicaciones durante la histerectomía el 29 de junio de 2011; dicho familiar mencionó que los médicos le comunicaron que las complicaciones fueron consecuencia de problemas vasculares durante la cirugía, por lo que se empaquetó y se ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se reintervino realizando fasciotomía y se trasladó a un centro médico, donde los médicos del servicio de angiología le explicaron que la pierna derecha estaba en malas condiciones.

Refirió que por falta de cuidado se abrieron heridas quirúrgicas del abdomen; desarrolló gangrena en la pierna y que nunca se le reali-

zaron curaciones. Le amputaron la pierna afectada el 28 de julio de 2011 y se le mantuvo con el abdomen abierto. Señaló además la pérdida de una pieza dentaria durante la intubación.

El promovente solicitó indemnización por los daños ocasionados a la salud de su concubina y atención médica de por vida, fuera o no derechohabiente.

Resumen del caso

Femenino 49 años; Antecedentes ginecoobstétricos: menarca 13 ritmo 28 x 8; gestas 3; parto 1; cesáreas 2; método de planificación familiar: oclusión tubaria bilateral; fecha de última menstruación 20 de junio de 2011; detección oportuna de cáncer (DOC) en 2010 negativo. Desde 2008 comenzó con

¹ Dirección General de Conciliación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Folio: 175/12 Artículo recibido: 02-05-2012 Artículo reenviado: 17-05-2012 Artículo aceptado: 28-06-2012

Correspondencia: Lic. Esther Vicente González, Dirección General de Conciliación, CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

hiperpolimenorrea y se sometió a protocolo de tratamiento, solicitando DOC, biopsia endometrial y ultrasonido (USG). El 28 de septiembre de 2010 la ginecóloga adscrita corroboró diagnóstico de miomatosis uterina de grandes elementos, intramural y subseroso.

El 28 de junio de 2011 se propuso tratamiento quirúrgico radical –histerectomía total abdominal (HTA)–; se programó cirugía el 29 de junio en hospital público de adscripción de segundo nivel.

En la nota prequirúrgica se registró que tenía riesgo quirúrgico alto por sus antecedentes gineco-obstétricos. Se transcriben los segmentos más trascendentales de la hoja quirúrgica, por la relevancia para el caso:

“...se realiza incisión infraumbilical con disección de cicatriz previa y disección por planos de pared abdominal hasta llegar a cavidad, aislamiento de campo quirúrgico, colocación de 2 compresas aislantes y separador de O’Sullivan, se pinza ligamento uteroovárico, salpinge y redondo, se cortan, se ligan, se verifica hemostasia de forma bilateral, se diseca peritoneo, vesicouterino, se rechaza vejiga, se esquelizan (sic) [esqueletizan] arterias uterinas de forma bilateral, se pinzan, se cortan y se ligan, se verifica hemostasia, se procede a pinzamiento y corte de ligamento cardinal de lado izquierdo, se verifica hemostasia; mismo procedimiento de lado derecho, al cortar ligamento cardinal, se observa sangrado en su base por lo que se procede a ligar, presentando retracción de los vasos los cuales se encuentran friables, se procede a extraer pieza quirúrgica para obtener mejor visión del campo quirúrgico, realizando histerectomía subtotal, debido a persistencia de sangrado, se realiza disección peritoneo parietal para localizar vaso sangrante el

cual se encuentra retráctil y friable por lo que se solicita interconsulta urgente a Cirugía general y Cirugía vascular. Se visualiza sangrado de vaso de mediano calibre probablemente de vaso arterial iliaca.

Tiempo quirúrgico Cirugía general: se realiza revisión de sitio quirúrgico con sangrado abundante de características venosas y escasamente arterial, se realiza apertura de peritoneo, se identifican vasos ilíacos con desgarramiento en bifurcación de ilíacas, se realizó incisión en región de muslo derecho cara anterior para control vascular el cual se realiza adecuadamente, se esqueletizan vasos identificándose lesión puntiforme en arteria iliaca la cual se repara con prolene 5-0 punto simple, se realiza ligadura en cabos de venas ilíacas. Se corroboró hemostasia. Empaquetamiento con cinco compresas por sangrado en capa.

Útero muy vascularizado, con vejiga de implantación alta, aproximadamente de 15 x 15 cm, con mioma mayor de 4 x 4 cm en fondo uterino, cérvix de 4 cm...”

El sangrado transquirúrgico fue de 9220 ml; se reportó que tenía riesgo importante de complicaciones vasculares agudas y crónicas por el tipo de lesión y el procedimiento realizado, incluida la pérdida del miembro pélvico.

Hallazgos: múltiples adherencias de pared abdominal, epiplón y peritoneo; anatomía de cavidad abdominal distorsionada; útero muy vascularizado, con vejiga de implantación alta de aproximadamente 15 X 15 cm, con miomas, los mayores, de 4 X 4 cm en fondo uterino; cérvix de 4 cm de longitud; tejidos friables, fácilmente sangrantes.

En notas trans y postanestésicas se notificó que, al momento de la intubación, se le cayó un incisivo superior que estaba como careta

con resina; que solicitaron paquetes globulares (PG) y plasma, los cuales no estuvieron disponibles, se inició hemotransfusión hasta obtenerlos (cuatro PG).

Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos; fue descrita con palidez de piel y tegumentos +++; Ramsay 6 puntos; pupilas midriáticas, arrefléxicas; intubación conectada a ventilador limitado por volumen, ciclado por presión; ruidos cardíacos rítmicos, disminuidos en tono y aumentados en frecuencia, con apoyo aminérgico; abdomen blando, depresible, sin peristalsis, herida quirúrgica con datos de sangrado, bordes afrontados, sonda vesical con uresis 180 ml, de características normales; extremidad pélvica derecha con llenado capilar retardado, sin pulsos periféricos, cianosis periférica, extremidad inferior izquierda con presencia de herida quirúrgica a nivel femoral, con sangrado activo; sangrado transvaginal moderado; FC 112 x’; TA 124/79 mm Hg; FR 16 x’; temperatura 35° C.

Reporte de laboratorio: hemoglobina 8.3 g/dL (previa 12.9); hematocrito (Hto) 23.4 % (previo 38.4); plaquetas 104000 (previo 371000); leucocitos 8500; K 2.5 mmol/L; TP no cuantificado, no coagulaba. Diagnóstico: choque hipovolémico grado IV; coagulopatía por consumo secundaria a politransfusión; posoperada (PO) de Hipertensión arterial secundaria a miomatosis uterina; PO de exploración vascular por lesión de la vena iliaca derecha y lesión puntiforme de arteria iliaca derecha; desequilibrio ácido-base, acidosis metabólica descompensada; desequilibrio hidroelectrolítico-hipocalemia; PO de empaquetamiento pélvico y de los vasos ilíacos y femorales.

Se registró que se encontraba recibiendo plasmas frescos congelados y plaquetas, mas no paquetes globulares por no estar

disponibles. A las 18:00 hrs. en nota complementaria, Angiología reportó que fue necesario realizar ligadura de la vena femoral común y profunda por la hemorragia; a las 21:30 hrs. se realizó ultrasonido Doppler lineal de los miembros pélvicos: lado izquierdo sin imagen de arterias tibiales, aunque presentaba flujo de arteria poplítea; contralateral, no presentaba ningún flujo –ni poplítea ni tibial-, y el femoral no era valorable. Indicaron que no era posible resolver quirúrgicamente las afecciones circulatorias descritas.

El 30 de junio, a las 14:50 hrs, el miembro pélvico derecho presentaba edema generalizado +++, pulsos no valorables, aunque el ultrasonido Doppler presentaba flujo poplítea y flujos trifásicos, flujos monofásicos en la tibial anterior y bifásico en el tibial posterior; masas musculares de la pantorrilla induradas. Se determinó que la arteria ilíaca externa se hallaba permeable y que había comenzado la reperfusión de la extremidad; la induración de la pierna bien podía deberse a lesión isquémica de la musculatura de la zona, por lo que debía de vigilarse y protegerse la función renal –por riesgo de rhabdomiolisis-.

Persistió con induración; los angiólogos realizaron fasciotomía de 6 cm a nivel tibial anterior, externa e interna, con cierre con nylon 3-0 y desempaquetamiento de la cavidad el 02 de julio, sin presencia de sangrado activo; se colocaron puntos de contención con poliéster 2-0. Reportaron que al revisar la cavidad abdominal se encontró la arteria ilíaca externa trombosada; se optó por mantener con manejo médico conservador –revascularización no viable, dado que el injerto tendría alta posibilidad de infectarse-.

Continuó estancia en la UCI; el 04 de julio se documentó que sería

trasladada al tercer nivel de atención, con la finalidad de valorar injerto femoro-femoral. Permaneció del 05 al 13 de julio; fue evaluada por múltiples especialidades. Urología descartó lesión ureteral, pero colocaron catéter doble J al uretero derecho, por presentar importante resistencia en su luz.

Neurocirugía determinó que presentaba alteraciones motoras a nivel de L3 a L5, así como alteración sensitiva periférica en tercio proximal de muslo y cara anteromedial y lateral de la pierna ipsilateral, sugeres de denervación traumática; electromiografía con neuroconducción de las extremidades inferiores anormal, por ausencia de respuestas valorables para los nervios del lado derecho.

Realizaron biopsia de los músculos de la pierna derecha, lo que demostró la presencia de rhabdomiolisis focal, sin signos histológicos de infarto. Se practicó una angiografía, la cual demostró recanalización a nivel de la arteria femoral y profunda en unión de tercio medio con tercio proximal de muslo, con colaterales de arteria hipogástrica (arteria obturatriz), con paso de medio de contraste filiforme a través de estas últimas. Fue diagnosticada con insuficiencia arterial compensada de extremidad pélvica derecha, sin datos de isquemia crítica.

Se determinó que no contaba con elementos que justificaran una cirugía derivativa de urgencia; fue contrarreferida para continuar atención. Reingresó al primer hospital a Cirugía General; fue descrita con dehiscencia completa de sutura abdominal, evisceración de contenido abdominal sin datos de irritación peritoneal; programaron cierre de la pared abdominal, cuando se estabilizaran los parámetros de coagulación.

El 15 de julio se describió presencia de úlceras periféricas en las

heridas en caras interna, externa y posterior de la extremidad pélvica derecha, sin datos de infección; el 21 de julio, las úlceras y herida emanaban líquido seropurulento, se describió zona de necrosis en la superficie de la herida.

El 20 de julio realizaron cierre de la pared abdominal; se halló la aponeurosis retraída por lo cual no era posible su cierre, se colocaron puntos de afrontamiento en piel y tejido celular subcutáneo, con protección de hule para la piel; hallazgos: abdomen congelado; aponeurosis retraída.

Ante la mala evolución de la extremidad inferior derecha, se solicitó nueva valoración por Angiología del tercer nivel el 26 de julio. Determinaron que dado el proceso degenerativo muscular, no era candidata para realizar revascularización; retornó al hospital de adscripción.

La evolución fue desafortunada, a pesar de realizar lavados quirúrgicos consuetudinarios y aplicación de antibióticos tópicos y sistémicos (ceftriaxona; ciprofloxacino; metronidazol; parches de plata (Acticoat); los angiólogos decidieron realizarle amputación supracondílea el 01 de agosto; los hallazgos quirúrgicos fueron: músculos sin datos de necrosis ni infección; vena femoral con trombo de características antiguas; múltiples vasos, venosos y arteriales colaterales.

Fue egresada el 07 de agosto, con indicación de continuar con valoraciones en la consulta externa de los servicios correspondientes.

Análisis médico

Esta Comisión emitió en 2006 las Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con miomatosis uterina.¹ En el Cuadro 1 se reportan las siguientes complicaciones frecuentes durante su tratamiento. Las

cifras obtenidas del análisis de los expedientes de queja, son similares a las frecuencias de complicaciones reportadas en la literatura médica. No se encontró literatura que refiriera lesión de arteria iliaca en la hysterectomía.

Cuadro 1. Complicaciones ocurridas en los casos quirúrgicos. Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con miomatosis uterina.

COMPLICACIONES	%
Hemorragia	16.4
Lesiones urológicas	16.4
Infecciones	12.7
Lesiones intestinales	5.4
Afectación en función reproductiva	3.6
Otras complicaciones	9.1
Ninguna	36.4

De acuerdo al relato documentado, el inicio del sangrado ocurrió al momento de cortar el ligamento cardinal derecho; su laceración resulta inexplicable, por su relación anatómica con esta estructura.² La arteria iliaca, entre otras estructuras, son excluidas totalmente del campo quirúrgico.³

Independientemente del mecanismo de producción de la lesión, la presencia de este daño manifiesta una técnica deficiente e imperita.

- Existe discordancia de lo redactado en la hoja quirúrgica, con relación al escenario clínico presentado:

1. La paciente contaba con múltiples adherencias y la anatomía abdominal se encontraba distorsionada; debe remarcar-se que en la descripción de la técnica quirúrgica, nunca se describió la presencia de estas adherencias –ni que hubieran sido removidas–, mucho menos se detalló que la cavidad contara con una morfología modificada, por lo cual, es paradójico que al final del relato se anexara esta información.
2. Indudablemente hubo sección de la arteria iliaca común, manifestado por la descripción quirúrgica y por la hemorragia cuantificada –9220 ml–; la secuencia de eventos documentados no describen las medidas terapéuticas realizadas ante esta crisis, lo que impide determinar su naturaleza. Durante la intervención de Cirugía General, una vez detectada la fuente de sangrado, abordaron la cara anterior del muslo derecho “...para control vascular el cual se realiza adecuadamente...” Se ignora cuáles fueron las maniobras adoptadas para obtener el referido “control vascular”, dado lo exiguo de la descripción –pudiendo tratarse de un injerto de safena–⁴; la pérdida de la continuidad de la arteria iliaca común, con retracción y acortamiento, imposibilitaría su reconexión, por lo cual, era prioritaria la obtención de un injerto para recanalizarla.

Resulta inexplicable lo manifestado en la nota de ingreso a la UCI: la presencia de una herida quirúrgica en la extremidad pélvica izquierda a nivel femoral.

- Deben resaltarse, ciertas anomalías detectadas en el registro de

anestesia; la paciente recibió un bloqueo peridural de forma inicial y se administraron por esa vía lidocaína y fentanilo; llama la atención que, igualmente, en forma inicial, le fue aplicado sevoflurano, gas utilizado para la anestesia general.

Asimismo, le fueron administrados medicamentos como dopamina, norepinefrina, bicarbonato, gluconato de calcio y furosemide ante la presencia de hipotensión arterial –80/40 mm Hg–. La paciente no cursó en ningún momento con datos de lesión de órgano blanco, lo que indica que el tratamiento del choque hipovolémico fue apropiado.

- Se destaca la pérdida de una pieza dentaria al momento de la intubación, así como la ausencia de hemocomponentes disponibles para corregir la hemorragia masiva.

La pérdida de piezas dentales durante una intubación orotraqueal, es una contingencia potencial; no obstante, demuestra una mala técnica, dado que al apegarse a los lineamientos descritos en los anales médicos, la posibilidad de esta complicación, es ínfima.

- El tratamiento proporcionado por los servicios de Angiología, es cuestionable; la técnica utilizada para resolver el desgarro ilíaco se desconoce –aunque se presupone por las incisiones descritas, que le fue colocado un injerto venoso en dicho sitio, siendo el mecanismo más común de reparación–^{5, 6}; en ninguna nota se encontró explicación del mecanismo utilizado para reparar esa lesión.

Es notoria la inoperancia demostrada por Angiología; no se registró ningún tratamiento fibrinolítico, tampoco se realizó

revascularización de los vasos afectados, ni corrigieron la trombosis detectada el 02 de julio –uso de catéter de Fogarty–. La insuficiencia arterial aunada al déficit neurológico irreversible, devendría en la pérdida de la extremidad; no agotaron los recursos, lo que derivó en daño neurológico total en la extremidad. Puede afirmarse que su intervención no modificó la historia natural de la complicación en ningún momento y que el futuro de la extremidad era funesto.⁷

Apreciaciones Jurídicas

Elementos de mala práctica médica; impericia médica, que provocó la pérdida de un miembro y siendo una paciente en edad económicamente activa, tiene repercusiones laborales y sociales.

Existe incumplimiento de las obligaciones de medios y de seguridad del paciente; al realizar un acto quirúrgico sin corroborar la existencia de los insumos necesarios para su ejecución, esta falta es mayor dado que la cirugía fue electiva.⁸ Tampoco se realizó el adecuado registro de los procedimientos quirúrgicos en el momento de la reparación vascular.^{9, 10, 11}

Conclusiones

La técnica quirúrgica realizada fue deficiente e imperita; esta falta ocasionó daño estructural grave, alteraciones funcionales y deterioro en su calidad de vida; no se contó con hemoderivados necesarios para el tipo de cirugía. No se realizó el adecuado registro del procedimiento quirúrgico para la reparación vascular. No se agotaron los recursos

para salvaguardar la integridad del miembro afectado, lo que derivó en su pérdida.

Referencias

1. Fernández del Castillo-Sánchez C, et al. Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con miomatosis uterina. *Revista CONAMED*. 2007 abril-junio; Vol. 12, No. 2. pp: 15-36. [Acceso 20-1-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV_43.pdf
2. Clemente C. *Anatomy of the Human Body*. Thirtieth American Edition. USA: Lea & Febiger; 1985. 1676 p.
3. M Gopalan, Durga Vijayasree, K Chitrathara. *Surgical Anatomy of Ovary in K Chitrathara, Shalini Rajaram, Amita Maheshwari*. Ovarian Cancer: Comprehensive and Contemporary Management. Mc Graw Hill 2010 USA. p 336. ISBN 0071667199 / 9780071667197.
4. Yara Sánchez JE. EL TRAUMA VASCULAR EN EL ABDOMEN. II Parte. *MEDISAN* 2000; 4(2):57-63 [Acceso 02-05-12]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_2_00/san09200.pdf
5. Asencio J, et al. Lesiones vasculares abdominales: El desafío del cirujano de Trauma. *AMC*, 2001 abril-junio. Vol. 43 (2). pp. 55-63. [Acceso 02-05-12]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/434/43443204.pdf>
6. Asencio J, et al. Lesiones vasculares abdominales: El desafío del cirujano de Trauma moderno. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2002 Agosto, Vol 54 - Nº 4; pp. 322-328. [Acceso 02-05-12]. Disponible en: http://www.cirujanosdechile.cl/Revista/PDF%20Cirujanos%202002_04/Cir.4_2002%20Lesiones%20Vasculares.pdf

7. Rodríguez-Montalvo F, Vivas L, Ottolino P, Viteri Y, Basilio A. Lesiones vasculares abdominales. Algunos consejos transoperatorios. *TRAUMA*, 2006 Mayo-Agosto. Vol. 9, Núm. 2, pp3 42-47. [Acceso 02-05-12]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062d.pdf>
8. Secretaría de Salud Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación*, 29 de abril de 1986. México. [Acceso 02-05-12]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/flgsmmpsam.html>
9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. México. Bañuelos-Delgado N. Expediente Clínico [Acceso 02-05-12]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_tlaxcala/publicaciones/pdf/expediente_clinico.pdf
10. Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM-168-SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998. Disponible en [Acceso 02-05-12]; http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf
11. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Aguirre-Gas HG. Lineamientos Generales para la seguridad del paciente. *Revista CONAMED*. 2008 julio-septiembre. Vol. 13. pp 38-56. [Acceso 20-1-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-SEP_2008.pdf