

CASOS CLÍNICOS

Rotura espontánea de los vasos uteroováricos en el posparto

S. Belmonte, E. Morán, A. Tejerizo-García, C.M. Simón, C.B. de la Torriente,
S.P. González-Rodríguez, R. Cardenal, E. Pérez-Morales,
J.L. Lanchares y L.C. Tejerizo-López

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

ABSTRACT

Spontaneous rupture of utero-ovarian veins occurring during pregnancy or in the peripartal period is generally considered to be a medical curiosity (approximately 100 cases reported), rarely mentioned in obstetric textbooks.

It is nevertheless a dramatic cause of maternal and/or fetal mortality.

The available statistics are the following: 60% of cases are directly related to labour, and 50% occur in primigravidas; when the rupture is associated with labour, mortality is 40%. Occurring out of labour, mortality is approximately 10%. Perinatal mortality remains high at 30%; in 75% of cases, the broad ligament is the site of rupture (in many cases the site of rupture is not found, either at laparotomy or autopsy).

We report the case of a patient who developed ovarian vein rupture on the 2nd postpartum day.

INTRODUCCIÓN

La rotura espontánea de los vasos uteroováricos puede ser de 3 tipos¹⁻³:

1. Rotura intraperitoneal procedente de los vasos localizados en la superficie uterina.

2. Rotura retroperitoneal procedente de la red venosa localizada en los repliegues del ligamento ancho, que puede disecarse hasta el diafragma torácico.

3. Combinación de las 2 situaciones antes citadas.

Se ha descrito esta rotura como posible desde las 10 semanas de amenorrea hasta un período 3 semanas

posparto. No obstante, las 3 cuartas partes de los casos suelen ocurrir en el tercer trimestre de la gestación^{1,3,4}. Es interesante resaltar que la enorme mayoría de las roturas que aparecen después del parto se desarrollan en el posparto inmediato. La demora o el retraso de este accidente vascular, que puede ocurrir 3-4 días después del parto³, es un fenómeno que puede ser desconcertante para el clínico, ya que puede sugerir otros diagnósticos diferenciales de abdomen agudo y ser causa del retraso para establecer el exacto diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad, primípara, secundigesta, sin antecedentes particulares en su precedente gestación y parto. El seguimiento del embarazo actual no había presentado ningún problema. Ingresa con 41 semanas de gestación cumplidas para inducción del parto, por conveniencia y deseo personales. El trabajo de parto se desarrolló normalmente y terminó en un parto cefálico; se obtuvo una mujer de 4.110 g, con una puntuación en el test de Apgar de 8-10-10.

A las 48 h del parto, aproximadamente, la paciente presentó súbitamente náuseas importantes, y se quejaba de un fuerte dolor en la fosa ilíaca izquierda. El examen medicoclinico puso en evidencia una masa densa y resistente, dolorosa, en la fosa ilíaca derecha; cabe destacar que el examen clínico sistemático, realizado unas horas antes, mostraba una involución uterina normal. La paciente presentaba un cuadro de abdomen agudo e hipotensión (caída tensional sistólica a 65 mmHg y diastólica a 45 mmHg), que precisó medidas urgentes de perfusión de sueros para su recuperación. En ese instante, la cifra de hemoglobina era de 11,4 g/dl.

Una ecografía de urgencia revela la presencia de una colección líquida en la fosa ilíaca y el parametrio izquierdos. Una tomografía axial computarizada

Aceptado para su publicación el 20 de febrero de 2004.



Fig. 1. Divertículo de la vena ovárica derecha.

(TAC) abdominal, igualmente urgente, se realizó inmediatamente, y puso de manifiesto un voluminoso hematoma reciente, de 18 cm de ancho por 10 cm de alto. A la vista de estos resultados, se decidió realizar una laparotomía exploradora en la línea media xifopubiana, realizada de inmediato.

Abierto el peritoneo, el cirujano se encontró en presencia de un exudado sanguíneo. Todo el retroperitoneo izquierdo estaba infiltrado por 3 voluminosos hematomas. Ante la magnitud e importancia del hematoma y su progresivo aumento, se avisó al cirujano vascular de urgencia, que pinzó la aorta en la raíz del mesocolon. En la aorta se constató la presencia de una gruesa arteria ovárica izquierda. Una vez colocada en posición correcta la arteria ovárica, se constató un sangrado de color arterial, extremadamente importante, en el que parece ubicarse una variz rota de la vena ovárica.

Se procedió a la exión del pedículo ovárico izquierdo y fue remitido para examen anatopatológico. El ovario izquierdo no se había afectado y era viable. Continuó la exploración de la cavidad abdominal, y se observó igualmente la existencia de anomalías vasculares en la vena ovárica derecha (bajo forma de pequeños divertículos de color rosa como colgando de la vena) (fig. 1). Se procedió a la exéresis de esta zona, y esta maniobra llevó consigo la aparición de una turbidez o hinchazón venosa muy importante en el ovario derecho, que obligó a la realización de ovariotomía derecha. El control de la hemostasia se estableció, y se cerró la cavidad abdominal por planos.

El examen anatopatológico confirmó la presencia de un vaso muscular roto con hematomas periartiales recientes; no existen argumentos a favor de un aneurisma en el plano morfológico.

El seguimiento postoperatorio fue normal, y las cifras tensionales se restablecen con normalidad, así como los valores de hemoglobina. La paciente abandonó el hospital a los 12 días de su ingreso.

COMENTARIOS

La rotura de los vasos del ligamento ancho durante la dilatación y el expulsivo puede producirse espontáneamente sin que exista ningún traumatismo. Esta rotura, como se ha comentado, se ha descrito también en el primer trimestre del embarazo. Un masaje excesivo del útero puede inducir a la rotura de las venas varicosas en las paredes uterinas, igual que en el ligamento ancho, ya que el plexo en esta zona puede tener un tamaño excesivo. La incidencia es extremadamente rara: un caso entre 10.000 partos⁵.

Los síntomas manifestados por las pacientes que presentan una rotura de vasos uteroováricos son realmente poco específicos, lo que explica la dificultad de establecer un diagnóstico preciso preoperatoriamente. Las pacientes describen, en general, un dolor abdominal muy intenso, además de un intenso dolor lumbar, con aparición rápida de un estado de shock que no guarda proporción con la pérdida sanguínea externa. El dolor suele ser simultáneo con el shock^{5,7}. Si el sangrado es lo suficientemente importante para dejar lugar a un hemoperitoneo, los signos de irritación peritoneal se ponen de manifiesto³.

Ziereisen et al³ subrayan que, si ninguna intervención rápida se pone en marcha, los signos de shock hipovolémico (como taquicardia, hipotensión, oliguria, caída de las cifras de hemoglobina o pérdida de conciencia), acompañados de evidentes signos de sufrimiento fetal agudo, pueden aparecer con relativa rapidez. Un shock de difícil explicación por un sangrado externo puede ser el único signo o síntoma de alerta en estas pacientes en trabajo de parto o que hayan dado a luz recientemente^{3,8}.

La razón por la que las venas uteroováricas se rompen durante la gestación es objeto de conjeturas. Ninguna mención se encuentra en la bibliografía de la recurrencia posible de este evento en gestaciones posteriores^{2,3}. Asimismo, no se ha señalado ningún vínculo relacionado con la gravedad, la paridad o la edad de la paciente⁴. Para Schaefer y Graber⁵ esta complicación es difícil de evitar. Sin embargo, el médico puede sospecharla siempre que existan grandes varicosidades en la vulva o en las extremidades inferiores, lo que debe sugerir la presencia, asimismo, de varices en el ligamento ancho⁵. La macrosomía fetal asociada a un trabajo de parto laborioso no parece ser un factor que predisponga a la rotura^{3,8,9}.

Una elevación súbita de la presión venosa en la red vascular uteroovárica, ampliamente dilatada como respuesta a la demanda fisiológica de la gestación, parece ser un factor contributivo a la rotura^{1,4}. Se ha sugerido que la presión venosa elevada asociada a variaciones puede contribuir a explicar la génesis del fenómeno^{1,3}. Factores favorecedores, como las contracciones uterinas, los esfuerzos importantes de la tos, la defecación, llevar objetos pesados y las relaciones sexuales, son citados en la bibliografía^{1,3,8}. Takami et al¹⁰ insinúan como causa la inflamación vascular, así como fenómenos adherenciales ligados a la endometriosis.

El caso aquí descrito, parecido al que han descrito recientemente Ziereisen et al³, puede ser interesante, puesto que ninguna de las hipótesis hasta ahora citadas permite explicar el origen de la rotura de los vasos ováricos izquierdos en la paciente por nosotros descrita: la presión venosa de su red vascular estaba próxima a la normal en el segundo día del puerperio. No se ha observado ningún factor precipitante en la mujer ni ninguna condición sugestiva de la presencia de endometriosis pelviana. La paciente no presentaba ningún antecedente quirúrgico particular susceptible de explicar la presencia de adherencias pelvianas. En las semanas precedentes a la rotura, cabe señalar un solo evento de cierta importancia: la aparición de dolores pelvianos izquierdos espontáneos, de débil intensidad y espontáneamente resueltos, que no habían inquietado a la paciente ni al facultativo que controlaba su embarazo. Diferentes hipótesis, según Ziereisen et al³, permiten explicar el origen de estos episodios dolorosos:

– El aumento de la presión venosa subsiguiente a esfuerzos anodinos, que repercutieron en los vasos fragilizados por la presencia de los divertículos.

– Fisuración de un vaso con hemorragia poco importante, que ha pasado inadvertida durante la gestación. Se puede elucubrar que, después de un esfuerzo realizado por la paciente en el posparto (tos, defecación, etc.), la costra que taponaba la herida se hubiera desprendido y fuera el origen del hematoma encontrado en el flanco derecho de la paciente.

El diagnóstico diferencial se debe establecer con otras causas posibles de shock obstétrico, a saber: la rotura uterina, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico, la rotura de un aneurisma de la arteria renal o esplénica^{11,12}, la perforación de una víscera o la torsión de un quiste de ovario o tubárico^{3,5,13}.

Causas digestivas, como la apendicitis aguda o la obstrucción intestinal, a veces son tenidas en cuenta, pero una radiografía abdominal en blanco, así como

un estudio de la fórmula sanguínea, deberían permitir descartar estos diagnósticos⁸. La rotura brutal de un vaso ya citada (aneurisma de la arteria renal, vena esplénica, hepática...) pueden, igualmente, estar en el origen de signos de shock hipovolémico.

El desprendimiento prematuro de la placenta es, en general, la causa más frecuente sospechada de urgencia, a tenor de lo referido en la bibliografía. La puesta en evidencia de un hemoperitoneo, raramente asociado a este último proceso (puesto de manifiesto mediante imagen y/o paracentesis abdominal), ayuda a descartar este diagnóstico.

Con el fin de mejorar la especificidad del diagnóstico diferencial, si se dispone de cierto margen de espera (salvo la situación de shock rápidamente instaurado en ciertas pacientes), algunos exámenes radiodiagnósticos pueden ser propuestos (tomodensitometría, ecografía de la cavidad abdominal).

Una vez establecido el diagnóstico, o ante la situación de shock grave de la mujer, debe llevarse a cabo una exploración laparotómica inmediata. En la intervención, es posible que no se observe el punto de rotura del vaso hasta que el útero se eleve desde la pelvis y se explore el ligamento ancho. Se abre el hematoma y se ligan, en lo posible, los puntos sanguíneos, con lo que puede controlarse la extensión del hematoma. En algunos casos, hay que hacer una hysterectomía para controlar la cantidad de sangre que llega por las venas distendidas, o bien una salpingoo-forectomía unilateral. Es necesario instaurar de inmediato la reposición sanguínea, que debe continuar hasta reponer completamente las pérdidas de sangre.

CONCLUSIONES

Aunque esta situación se presenta raramente, los obstetras deben ser conscientes de la posibilidad de rotura espontánea de las venas uteroováricas antes, durante y después de un parto no complicado y no traumático. En efecto, la indecisión y un retraso resultan perjudiciales, con frecuencia, por ignorancia de este síndrome.

Desgraciadamente, los signos clínicos que revela la paciente que presenta la enfermedad, son extremadamente poco específicos, lo que explica la dificultad de tener, de urgencia, un diagnóstico correcto. Las medidas rápidas que se deben tomar, a fin de prevenir una situación desastrosa, son³:

– El reemplazamiento rápido de las pérdidas sanguíneas.

– El pinzamiento y/o exéresis de los vasos rotos. En los casos de sangrado preparto, la cesárea es, prácticamente siempre, necesaria para facilitar la explora-

ción abdominal. La ligadura de las venas rotas es a veces posible. En otros casos, la histerectomía, interrumpiendo la demanda fisiológica de las venas uterinas y ováricas, se ha utilizado con éxito cuando el punto de rotura preciso no ha podido identificarse.

– Cuando el origen de la hemorragia no se precisa, no queda otra alternativa que realizar una laparotomía exploradora, para buscar *de visu* el origen de la hemorragia y remediarlo de la forma más adecuada posible.

La colaboración de los equipos ginecoobstéticos, radiológicos y de cirugía vascular debe ser una norma y requisito indispensable para sacar lo más rápidamente posible a estas pacientes del estado de shock. Se puede, quizás, esperar en el futuro, que la demostración angiográfica del origen del lugar de la hemorragia y su embolización puedan ser una alternativa a la cirugía, aún ampliamente utilizada en la actualidad para localizar el sitio de la hemorragia y efectuar la hemostasia.

RESUMEN

La rotura espontánea de las venas de la red uteroovárica durante la gestación y el período periparto se ha comunicado en algunas decenas de casos documentados en la bibliografía, como curiosidad médica, y es rara y excepcionalmente mencionada en los libros de obstetricia. Se trata, no obstante, de una causa dramática de pérdidas fetales y/o maternas. Se dispone de las siguientes estadísticas: el 60% de los casos está asociado al trabajo de parto y el 50% afecta a pacientes primíparas. Cuando la rotura de las venas uteroováricas está asociada al trabajo de parto, el porcentaje de mortalidad materna es del 40%. Fuera del trabajo de parto, se estima una mortalidad del 10%. La tasa de mortalidad perinatal, por lo que al proceso se refiere, oscila alrededor del 30%. En el 75% de los casos, el ligamento ancho es el punto de rotura, aun-

que en numerosos casos éste no puede localizarse, lo que se hace después de la laparotomía o de la autopsia. Se presenta un caso de rotura de una vena ovárica en el segundo día de puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hodgkinson C, Christenson R. Hemorrhage from ruptured uteroovarian veins during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1950;59:1112-7.
2. Shuey P. Spontaneous rupture of a uteroovarian vein during a normal spontaneous delivery. Am J Obstet Gynecol 1960; 80:764-7.
3. Ziereisen V, Bellens B, Gérard C, Baeyens L. Rupture spontanée des vaisseaux utéro-ovariens dans le post-partum: à propos d'un cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32:51-4.
4. Belucci MJ, Burke M, Querusio L. Atraumatic rupture of utero-ovarian vessels during pregnancy: a fatal presentation of maternal shock. Ann Emerg Med 1994;23:360-2.
5. Schaefer G, Gruber EA. Parto espontáneo normal. En: Schaefer G, Gruber EA, editores. Complicaciones quirúrgicas en obstetricia y ginecología. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Salvat, 1986; p. 1-15.
6. Pieri R. Pelvic hematomas associated with pregnancy. Obstet Gynecol 1958;12:3-7.
7. Fliegner JRH. Postpartum broad ligament hematomas. Br J Obstet Gynaecol 1971;78:184-9.
8. Ginsburg K, Valdes C, Schider G. Spontaneous utero-ovarian vessel rupture during pregnancy: three case reports and a review of the literature. Obstet Gynecol 1987;69:474-6.
9. Hager D. Rupture utero-ovarian vein síndrome: a case report. Am J Obstet Gynaecol 1978;131:697-8.
10. Takami I, Takayuki M, Ichiro N. Endometriosis and spontaneous rupture of utero-ovarian vessels during pregnancy. Lancet 1992;340:240-1.
11. Clará A, Vidal-Barraguer F. Aneurismas de la arteria renal. En: Esteban Solano JM, editor. Tratado de neurismas. Barcelona: Uriach, 1997; p. 409-17.
12. Navarrete Guijosa F, González González JJ, Esteban Solano JM. Aneurismas de la aorta abdominal. En: Esteban Solano JM, editor. Tratado de aneurismas. Barcelona: Uriach, 1997; p. 431-9.
13. Renuka T, Dhaliwal I, Gupta I. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. Int J Gynecol Obstet 1998;60:167-8.