



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Descripción de un caso: hematoma infraelevador tras parto espontáneo sin factores de riesgo



A. Redondo Villatoro*, M. Lozano Vidal y C. Jiménez Rámila

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 26 de enero de 2022; aceptado el 25 de abril de 2022

Disponible en Internet el 30 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Descripción de un caso;
Trastorno puerperal;
Hematoma

Resumen

Introducción: Los hematomas puerperales, a pesar de no ser frecuentes, implican una elevada morbilidad. Actualmente, se clasifican en función de su relación con el músculo elevador del ano en hematomas supraelevadores e infraelevadores.

Hallazgos clínicos: Mujer de 33 años, que tras parto eutócico (varón 3430 g) se objetivó abombamiento de pared vaginal derecha y edema de labio mayor ipsilateral.

Intervenciones terapéuticas y resultados: Ante la sospecha de hematoma infraelevador se solicitó un angio-TC que informó de colección hemática de 4 x 2 cm en tejido celular subcutáneo a nivel del pubis, y de 3 x 2 cm a nivel de la pared lateral derecha de la vagina, sin evidencia de sangrado activo. Se aplicó tratamiento conservador basado en antibioterapia profiláctica, taponamiento vaginal y frío local. La hemoglobina se mantuvo estable (9,9 g/dl al ingreso y 9,2 g/dl a las 48 h del parto). La paciente fue dada de alta 72 h tras el parto con evolución favorable. En el hematoma infraelevador el sangrado está contenido por las estructuras anatómicas. La clínica típica incluye una formación equimótica, edematizada, fluctuante y dolorosa que abomba la pared vaginal. El angio-TC es útil para evaluar la localización, extensión y la presencia de sangrado activo del hematoma.

Conclusión: No hay consenso acerca del manejo de esta entidad. En situaciones de estabilidad hemodinámica y hematomas de pequeño tamaño (menor a 5 cm) es posible el tratamiento conservador. El manejo quirúrgico y la embolización radioguiada son otras posibilidades de tratamiento.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anaredonn@gmail.com (A. Redondo Villatoro).

KEYWORDS

Case report;
Puerperal disorders;
Haematoma

Case report: Infralevator haematoma after spontaneous delivery without risk factors**Abstract**

Introduction: Puerperal haematomas, despite not being frequent, involve high morbidity. Currently, they are classified based on their relationship with the levator ani muscle into supralevator haematomas and infralevator haematomas.

Clinical findings: A 33-year-old puerperal woman, who after eutocic delivery (male, 3430 g), revealed bulging of the right vaginal wall and oedema of the ipsilateral labia majora.

Therapeutic interventions and outcomes: Given the suspicion of an infralevator haematoma, a CT angiography was requested, which reported a blood collection of 4 x 2 cm in the subcutaneous cellular tissue at the level of the pubis, and 3 x 2 cm at the level of the right lateral wall of the vagina, with no evidence of active bleeding. Conservative treatment based on prophylactic antibiotic therapy, vagina packing, and local cold was applied. Haemoglobin remained stable (9.9 g/dL at admission and 9.2 g/dL at 48 hours after delivery). The patient was discharged 72 hours after delivery with favourable evolution. In infralevator haematoma bleeding is contained by anatomical structures. An ecchymotic, swollen, fluctuant and painful formation that bulges the vaginal wall is its most common presentation. CT angiography is useful for evaluating its location, extension, and presence of active bleeding.

Conclusion: There is no consensus on management. It has been established that in situations of haemodynamic stability and small haematomas (less than 5 cm), conservative treatment is possible. Surgical management and radioguided embolization are other therapeutic options.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los hematomas puerperales se producen por acumulación de material hemático en el tejido conectivo próximo a vagina, cérvix o parametrios en relación con una lesión vascular que ha tenido lugar durante el parto, ya sea venosa o arterial¹.

Por su parte, el hematoma puerperal es una complicación muy poco común, que tiene lugar en 1/300-1/1500 partos¹, pero que implica una elevada morbilidad, dado que la ausencia de sangrado clínicamente evidente puede ser subestimado ocasionando a la paciente una anemia severa que desencadene un shock hipovolémico^{1,2}.

Actualmente, se han dejado de utilizar las nomenclaturas clásicas para hacer referencia a los hematomas puerperales: vulvares, vaginales, vulvovaginales o subperitoneales para usar la clasificación que los diferencia en función de su situación respecto al músculo elevador del ano, dado que la posible evolución y el manejo terapéutico serán distintos según se localicen por debajo o por encima de este³.

Los hematomas supraelevadores se sitúan por encima del músculo elevador del ano y pueden extenderse hasta el ligamento ancho o invadir el espacio retroperitoneal³. Generalmente se asocian a lesiones de ramas de la arteria uterina u otros vasos del ligamento ancho^{3,4}. Se manifiestan clínicamente con dolor de localización en hipogastrio que asocia signos de irritación peritoneal en la palpación abdominal^{3,4}. Es frecuente la aparición de anemia severa y de rápida instauración no concordante con la metrorragia evidenciada durante la exploración, lo que puede conducir en muchos casos a inestabilidad hemodinámica y shock hipovolémico³. En el tacto vaginal se suele evidenciar la desviación del útero hacia el lado contralateral al hematoma

junto con una tumoración a tensión muy dolorosa en el lado vaginal ipsilateral⁴.

Por otro lado, los hematomas infraelevadores pueden situarse por debajo del diafragma urogenital (antes llamados hematomas vulvares) o entre el diafragma urogenital y el músculo elevador del ano (antes llamados hematomas vaginales)^{3,5}. En el primer caso, suelen deberse a una lesión de la arteria pudenda, siendo posible si se perpetúa la lesión su extensión a la fosa isquiorrectal⁵. En el caso de que el hematoma se sitúe entre el diafragma urogenital y el músculo elevador del ano, la lesión más común es la de la rama descendente de la arteria uterina que puede dar lugar a una extensión por continuidad hacia el periné o el recto^{4,5}. En cuanto a la clínica, se caracteriza por un cuadro de aparición muy brusca en las primeras 24 h posparto acompañado de una formación equimótica, edematizada, fluctuante y dolorosa al tacto⁵. En el tacto vaginal se puede palpar una tumoración también fluctuante y dolorosa que abomba la pared vaginal, pero que a diferencia de lo que ocurre en la exploración de los hematomas supraelevadores no va a desplazar el útero hacia el lado contralateral³⁻⁵.

En cuanto a los factores de riesgo para la aparición de esta complicación se encuentran parto instrumental, episiotomía y desgarros del canal del parto, primiparidad, gestación múltiple, macrosomía fetal, preeclampsia, varices vulvares, periodo expulsivo prolongado, punción vascular al aplicar anestesia local y alteraciones de la coagulación⁶.

A continuación, presentamos el caso de una paciente con un hematoma infraelevador tras parto espontáneo, sin factores de riesgo para su aparición y realizamos una búsqueda bibliográfica sobre el manejo de esta entidad tan poco frecuente pero grave.



Figura 1 Se objetiva abombamiento de pared vaginal derecha, así como edema y aumento de tamaño de labio mayor ipsilateral.

Información del paciente

Mujer de 33 años, secundípara, sin antecedentes médicos de interés. Gestación normoevolutiva de bajo riesgo con ecografías acordes. Ingresó por trabajo de parto en la semana 39 + 6 de gestación.

Hallazgos clínicos

Tras una media hora de expulsivo en el que nació varón de 3430 g con Apgar 9-10-10 y pH de arteria umbilical de 7.27, se objetivó aumento de tamaño de labio mayor derecho y abombamiento de cara lateral derecha de vagina, sin desplazamiento uterino (fig. 1).

Línea temporal

Se procedió a alumbramiento dirigido con placenta y membranas íntegras. Se revisó el canal del parto con valvas constatando ausencia de desgarros y periné íntegro. La paciente se encontraba estable

hemodinámicamente (TA 116/99 mmHg y FC 78lpm) y ante la sospecha de hematoma infraelevador derecho, se administró 1 g de amoxicilina clavulánico por vía intravenosa en paritorio y se solicitaron pruebas cruzadas.

Evaluación diagnóstica

Se solicitó angio-TAC urgente de abdomen y pelvis para descartar sangrado activo y afectación retroperitoneal. El angio-TAC informó de la existencia de colección hemática de 4 x 2 cm en tejido celular subcutáneo a nivel del pubis, y de 3 x 2 cm a nivel de la pared lateral derecha de la vagina, sin evidencia de sangrado activo ni extensión a otros espacios anatómicos (figs. 2 y 3).

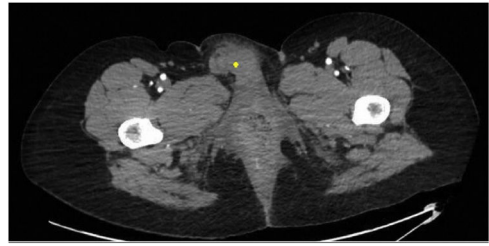


Figura 2 Angio-TAC. Corte transversal. Se objetiva zona de hematoma marcada con punto amarillo. El color de la figura solo puede apreciarse en la versión electrónica.



Figura 3 Angio-TAC. Corte coronal. Se objetiva zona de hematoma marcada con punto amarillo. El color de la figura solo puede apreciarse en la versión electrónica.

Intervención terapéutica

Dada la estabilidad clínica y los hallazgos descritos en la prueba de imagen se optó por mantener una actitud expectante controlando las constantes y el sangrado, manteniendo la antibioterapia profiláctica y aplicando taponamiento vaginal las primeras 12 h y frío local de forma intermitente para disminuir el edema asociado.

Seguimiento

Los controles analíticos se mantuvieron estables, presentó una hemoglobina al ingreso de 9,9 g/dl, a las 6 h posparto de 9,6 g/dl y a las 24 h y 48 h posparto de 9,2 g/dl.

Resultado

Dada buena evolución y estabilidad clínica y analítica de la paciente se procedió al alta domiciliaria a las 72 h manteniendo la antibioterapia profiláctica con 875/125 mg de amoxicilina clavulánico durante 7 días.

Discusión

En el caso de nuestra paciente presentó un hematoma infraelevador, con extensión por continuidad a periné por lo que podemos sospechar que el hematoma se encontraba situado entre el diafragma urogenital y el músculo elevador del ano, siendo la rama descendente de la arteria uterina el vaso más frecuentemente lesionado en estos casos^{3,5}.

Asimismo, la clínica que presentó nuestra paciente es la más características de esta localización. Aparición brusca en las primeras 24 h tras el parto de formación equimótica, edematizada, fluctuante y dolorosa al tacto. En la exploración clínica, se evidenció mediante tacto vaginal una tumoración fluctuante y dolorosa que abombaba la pared vaginal, pero que no desplazaba el útero hacia el lado contralateral, siendo este signo característico del hematoma infraelevador.

Resulta de interés destacar que en el caso de nuestra paciente no estaba presente ninguno de los factores de riesgo para esta complicación descritos en la literatura (parto instrumental, episiotomía y desgarros del canal del parto, primiparidad, gestación múltiple, macrosomía fetal, preeclampsia, varices vulvares, periodo expulsivo prolongado, punción vascular al aplicar anestesia local y alteraciones de la coagulación⁶).

En relación a los estudios complementarios, la angio-TAC es la prueba de imagen de elección en pacientes estables, ya que permite localizar la lesión vascular y detectar posibles focos de sangrado activo mediante la extravasación del contraste. Además, es útil para establecer los límites del hematoma descartando su extensión a otros espacios anatómicos. En el caso de nuestra paciente se realizó angio-TAC abdominopélvico urgente ya que se mantuvo hemodinámicamente estable en todo momento, cuyos resultados informaron de la existencia de colección hemática de 4 x 2 cm en tejido celular subcutáneo a nivel del pubis, y de 3 x 2 cm a nivel de la pared lateral derecha de la vagina, sin evidencia de sangrado activo ni extensión a otros espacios anatómicos.

Aunque no hay consenso en cuanto al manejo de esta entidad el manejo quirúrgico suele reservarse para hematomas de gran tamaño (> 5cm), hematomas a tensión que aumentan de tamaño progresivamente, pacientes con un dolor intenso y progresivo o signos de inestabilidad hemodinámica, y en casos en los que el hematoma se sitúa en el lecho de la episiotomía o en desgarro suturado previamente^{7,8}. Por otro lado, la actitud expectante puede contemplarse en pacientes estables desde el punto de vista hemodinámico, sin dolor y con hematomas de pequeño tamaño. El tratamiento profiláctico con antibióticos sistémicos de amplio espectro está justificado como prevención de la sobreinfección del hematoma⁷⁻⁹. En el caso de nuestra paciente se optó por un manejo conservador dado que la dimensión del hematoma era menor de 5cm, no era doloroso para la paciente y permaneció estable clínica y hemodinámicamente. Finalmente, la embolización por parte de radiología intervencionista se puede emplear de entrada si durante la prueba de imagen se identifica

algún punto de sangrado activo o en los casos en los que a pesar del desbridamiento quirúrgico del hematoma no se consigue hemostasia⁹.

La limitación de este estudio viene dada por la escasa bibliografía disponible al respecto de esta entidad y la ausencia de guías y protocolos de manejo estandarizado. Si bien se ha descrito en la literatura la posibilidad de que el origen del hematoma posparto sea la avulsión de músculo elevador del ano. A este respecto la exploración quirúrgica bajo anestesia podría ser de utilidad a la hora de evaluar la existencia de una avulsión en el músculo elevador del ano y podría permitir su reparación¹⁰. Aunque actualmente no hay evidencia disponible que lo respalde podría servir de hipótesis para un estudio posterior, ya que el infradiagnóstico de las lesiones obstétricas del músculo elevador del ano puede dar lugar a dispareunia, vulvodinia o dolor pélvico crónico.

Conclusiones

Dado que el manejo terapéutico de esta entidad no está estandarizado y de que a menudo su diagnóstico es tardío por la falta de sospecha clínica, resulta de interés que tanto obstetras como matronas adviertan de su posible existencia con el fin de disminuir la morbilidad materna asociada a esta entidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rani S, Verma M, Pandher DK, Takkar N, Huria A. Risk Factors and Incidence of Puerperal Genital Haematomas. *J Clin Diagn Res.* 2017;11:QC01-3, <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2017/24060.9777>.
2. Elghanmi A, Seffar H. Puerperal hematoma: a cause of post partum hemorrhage after a normal vaginal delivery. *Pan Afr Med J.* 2015;20:365, <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2015.20.365.6478>.
3. Godoy C, Guzzo V, Viroga S. Hematoma espontáneo del ligamento ancho luego de un parto vaginal normal: Reporte de caso. *Anfamed.* 2020;7:e40, <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2020v7n2a5>.

4. Tsumagari A, Ohara R, Mayumi M, Yagi H, Nagai Y, Obata-Yasuoka M, et al. Clinical characteristics, treatment indications and treatment algorithm for post-partum hematomas. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45:1127–33, <http://dx.doi.org/10.1111/jog.13943>.
5. Elghanmi A, Seffar H. Puerperal hematoma: a cause of post partum hemorrhage after a normal vaginal delivery. *Pan Afr Med J.* 2015;20:365, <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2015.20.365.6478>.
6. Cantekin İ, Hasan T, Hakan T, Aslı O, Gonca G, Ayhan Sucak et al. Evaluation of risk factors in women with puerperal genital hematomas, *The Journal of Maternal- F e t a l & N e o n a t a l M e d i c i n e.* 2 0 1 6; 2 9 (9) 1 4 3 5-9. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1051018>.
7. Fieni S, Berretta R, Merisio C, Melpignano M, Gramellini D. Retzius' space haematoma after spontaneous delivery: a case report. *Acta Biomed.* 2005;76:175–7.
8. Gentric JC, Koch G, Lesoeur M, Hebert T, Nonent M. Diagnosis and management of puerperal hematomas: two cases. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2013;36:1174–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-012-0504-z>.
9. Soeda S, Kyojuka H, Kato A, Fukuda T, Isogami H, Wada M, et al. Establishing a Treatment Algorithm for Puerperal Genital Hematoma Based on the Clinical Findings. *Tohoku J. Exp. Med.* 2019;249:135–42, <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.249.135>.
10. van Delft K, Thakar R, Shobeiri SA, Sultan AH. Levator hematoma at the attachment zone as an early marker for levator ani muscle avulsion. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;43:210–7, <http://dx.doi.org/10.1002/uog.12571>.