

M. González^a
A. Haya^a
M. Escudero^a
F. Erasun^a
J.R. de Miguel^{a,b}

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

^bUniversidad de Cantabria. Santander. España.

Correspondencia:

Dr. J.R. de Miguel.
Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n. Santander. España.
Correo electrónico: Jmsesmero@humv.es

Fecha de recepción: 10/2/05.

Aceptado para su publicación: 13/5/06.

Placenta previa y hemorragia posparto incoercible. Empleo de taponamiento de compresión pélvica: ¿una técnica olvidada?

Use of pelvic compression tamponade. A forgotten technique?

RESUMEN

Se expone el caso de una mujer de 39 años de edad, embarazada de 31 semanas de gestación, diagnosticada de placenta previa oclusiva total, a quien se realizó una cesárea urgente por hemorragia grave. Después de la cesárea se observó una hemorragia incontrolable, por lo que se realizó una histerectomía de hemostasia y una ligadura de la arteria ilíaca interna derecha, que se complicó con una coagulación intravascular diseminada. Al no conseguir la hemostasia adecuada, se colocó, como único recurso, un taponamiento pélvico compresivo, que resultó extremadamente útil y eficaz.

PALABRAS CLAVE

Hemorragia. Cesárea. Histerectomía de hemostasia. Coagulación intravascular diseminada.

ABSTRACT

We report the case of a 39-year-old woman at 31 weeks of gestation with a diagnosis of total

occlusive placenta previa who underwent emergency cesarean section due to severe hemorrhage. After the cesarean section, intractable hemorrhage occurred and hemostasis hysterectomy and ligation of the right internal iliac artery were performed. However, disseminated intravascular coagulation was observed and, given the lack of adequate hemostasis, a pelvic compression tamponade was placed as a last resort. This measure proved extremely useful and effective.

KEY WORDS

Hemorrhage. Cesarean section. Hemostasis. hysterectomy. Disseminated intravascular coagulation.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HP) es una complicación obstétrica, afortunadamente poco frecuente pero potencialmente grave, que puede originar la muerte de la madre, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Así, en España, en una encuesta hospitalaria realizada en el

32 período 1995-1997, la hemorragia obstétrica representó el 23% de las causas directas de mortalidad materna¹. En Francia, la hemorragia obstétrica representó en el mismo período el 18,6% de la mortalidad materna².

La placenta previa puede originar una hemorragia posparto incontrolable, ya que la capacidad contráctil y de hemostasia del segmento uterino inferior, una vez retirada la placenta, es deficiente, lo que puede asociarse además con una coagulación intravascular diseminada (CID).

En el caso que se presenta se produjo una hemorragia posparto en una gestante, a quien se realizó una cesárea por placenta previa oclusiva, que no respondió favorablemente a las técnicas médicas y quirúrgicas empleadas (histerectomía), complicada además con una CID; como último recurso, precisó la aplicación de un taponamiento pélvico, y la paciente evolucionó favorablemente. Se expone este caso por su presentación infrecuente y pronóstico grave.

CASO CLÍNICO

Mujer secundigesta, de 39 años de edad, que en la semana 31 + 1 de edad gestacional acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar metrorragia escasa. No refería antecedentes de interés, salvo una cesárea previa por presentación podálica.

La gestación actual evolucionaba de forma favorable y era controlada en el centro de salud de su área sanitaria.

Ante la clínica descrita previamente, se decide el ingreso de la paciente y se diagnostica una placenta previa oclusiva, por lo que se comienza la maduración pulmonar fetal con una actitud conservadora, dada la edad gestacional. Al día siguiente se produce un sangrado vaginal muy abundante y se decide realizar una cesárea urgente, extrayéndose un feto varón de 1.015 g de peso, con un test de Apgar 8-9. La cesárea se realizó sin incidencias, salvo la aparición de un sangrado del lecho placentario, ubicado en el segmento uterino inferior, algo mayor de lo habitual, por lo que se decidió administrar un comprimido de misoprostol intracavitario. Aproximadamente 1 h después de finalizar la cesárea, se decidió reintervenir a la paciente por una hemorragia no

controlable y mantener medidas conservadoras. Se realizó una histerectomía obstétrica de hemostasia reglada, que no presentó complicaciones, además de una ligadura de la ilíaca interna derecha, pero durante el acto quirúrgico se apreció un sangrado en la sábana del lecho, así como epistaxis y sangrado por venopunciones. Ante la elevada sospecha de CID, se solicitó una analítica, que así lo confirmó (la actividad de protrombrina fue indetectable). Se realizó una transfusión de concentrado de hematíes, plasma, plaquetas y crioprecipitados, pero el sangrado no cedía, por lo que se decidió utilizar la técnica de compresión pélvica, dejando un paquete completo de 10 compresas envueltas en otra que hacía presión sobre el lecho quirúrgico. La paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se instauraron medidas para el control hemodinámico y se continuaron las transfusiones; la paciente permaneció en estado crítico pero estable y se mantuvo con ventilación mecánica. A las 48 h, y con unas cifras de hemostasia recuperadas, se decidió una reintervención para la retirada del paquete de compresión pélvica, lo cual se llevó a cabo sin ninguna incidencia, y la paciente volvió de nuevo a la UCI. La paciente evolucionó favorablemente, se procedió a su extubación a las 48 h, y se dio de alta a la planta de hospitalización a las 72 h.

A las 24 h del ingreso en planta, comenzó con picos febres, a pesar de la cobertura antibiótica (cefazolina i.v. durante todo el proceso). Se realizó una exploración obstétrica y se solicitaron pruebas complementarias; en la placa de tórax se observaba un mínimo derrame pleural, y en la ecografía abdominal 2 colecciones líquidas de 93 □ 42 y 63 □ 31 mm en la pelvis. Se realizó una toracocentesis con extracción de 50 ml de líquido hemático y repermeabilización de la cúpula vaginal para conseguir un adecuado drenaje; asimismo, se pautó una cobertura antibiótica con amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacin.

La evolución clínica posterior fue excelente y se procedió al alta hospitalaria de la paciente a los 21 días de su ingreso inicial con administración de antibioterapia y hierro por vía oral. Asimismo, se citó a la paciente para efectuar el seguimiento de la enfermedad gravídica en la consulta de neumología, así como para realizar una ecografía de control.

El recién nacido, igualmente, evoluciona de forma satisfactoria.

DISCUSIÓN

La placenta previa puede asociarse con una hemorragia posparto, en ocasiones incontrolable, como en el caso que se presenta³. Aunque la paciente tenía el antecedente de una cesárea anterior, que con frecuencia se asocia con el acretismo placentario, no se observó esta complicación en su caso. Para resolver la hemorragia posparto se han propuesto diversas medidas y técnicas quirúrgicas, como la oxitocina, las prostaglandinas (PGF2, E2 y análogos de E1, como el misoprostol)³, así como la sutura uterina local del lecho placentario, la ligadura de las arterias uterinas, la histerectomía de hemostasia y la ligadura de las arterias ilíacas internas^{3,4}. Sin embargo, aún después de aplicar estos recursos, puede persistir la hemorragia por ser incoercible, como ocurrió en nuestro caso, al complicarse con una CID.

En último recurso, se colocó en la pelvis menor un grueso paquete de compresas, variante de un

procedimiento descrito en 1926 por Logothetopoulos, denominado compresión pélvica, taponamiento en hongo, paracaídas o sombrilla. Las publicaciones en obstetricia son escasas, pero indican que su empleo es resolutivo y cursa con éxito⁵⁻⁸, como ocurrió en nuestro caso.

El procedimiento estándar incluye una venda que se aflora por la vagina, ajustando a su extremo un peso para asegurar el efecto compresivo. En nuestro caso, sólo se colocó el paquete pélvico sin tracción. En la UCI debe vigilarse la hemorragia, la coagulación, la diuresis y los signos de infección, dada la gravedad del cuadro. El taponamiento se retira en 36-48 h, por lo que se precisa una reintervención.

Es un procedimiento utilizado en cirugía ginecológica y digestiva⁹. Su empleo en obstetricia es excepcional, pero puede ser extremadamente beneficioso y salvar la vida de la madre. Creemos que esta referencia puede ser útil en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel JR, Temprano MR, Muñoz P, Caracach V, Martínez J, Mínguez J, et al. Mortalidad materna en España en el período 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol.* 2002;45:525-34.
2. Buvier-Colle MH, Pqinot F, Jougl E. Mise au point sur la mortalité maternelle en France: frecuencia, tendencias et causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001;30:768-75.
3. Dildy GA. Hemorragia posparto: nuevas opciones terapéuticas. *Urgencias en obstetricia. Clínicas Americanas en Obstetricia y Ginecología.* 2002;17:319-31.
4. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 1984;64:376-80.
5. Maier RC. Control postpartum hemorrhage with uterine packing. *M J Obstet Gynecol.* 1993;169:317-21.
6. Dildy GA, Scott JR, Saffer CS. Pelvic pressure pack for catastrophic postpartum hemorrhage. 48th Annual Meeting of the American College of Obstetrics and Gynecology. San Francisco, 2000.
7. Robie GF, Morgan MA, Payne GG Jr. Logothetopoulos pack for the management of uncontrollable postpartum hemorrhage. *Am J Perinatol.* 1990;7:327-8.
8. Cassels JW Jr, Greenberg H, Otterson WN. Pelvic tamponade in puerperal hemorrhage. A case report. *J Reprod Med.* 1985;30:689-92.
9. Finan MA, Fiorica JV, Hoffman MS. Massive pelvic hemorrhage during gynecologic cancer surgery: «Pack and go back». *Gynecol Oncol.* 1996;62:390-5.