

634 **Alberto López García**  
**Luis Vázquez Illanes**  
**Talal Diab Halawa**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. España.

**Correspondencia:**

Dr. A. López García.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Xeral Calde.  
Severo Ochoa, s/n. 27004 Lugo. España.  
Correo electrónico: alberto.lopez.garcia@sergas.es

Fecha de recepción: 9/6/2008.

Aceptado para su publicación: 19/2/2009.

---

### **Hematoma retroperitoneal masivo tras corrección vaginal de prolapso de cúpula**

*Massive retroperitoneal haematoma after correction of a vaginal vault prolapse*

#### **RESUMEN**

Presentamos un caso agudo de formación de un gran hematoma en el espacio retroperitoneal tras una cirugía vaginal. Se trata de una paciente de 72 años, hipertensa y cardiópata en tratamiento, entre otros fármacos, con enoxaparina desde pocos días antes. Es intervenida de un cistorrectoceles con prolapso de cúpula vaginal. A las 36 h aparece intenso dolor lumbar y afectación del estado general. La tomografía computarizada urgente informa de un gran hematoma de tamaño superior a 16 cm con signos de sangrado activo en la cavidad abdominal. Durante la laparotomía se descubre un hematoma retroperitoneal masivo que sobrepasa los límites de la pelvis. Se expone el caso y se revisa la literatura científica sobre esta complicación tras intervenciones ginecológicas y en pacientes tratadas con enoxaparina.

#### **PALABRAS CLAVE**

Cirugía vaginal. Prolapso de cúpula vaginal. Hematoma retroperitoneal. Enoxaparina.

#### **ABSTRACT**

We present an acute case of the formation of a large haematoma in the retroperitoneal space after vaginal surgery. The patient was a 72 year old woman with hypertension and heart disease, on treatment, among other drugs, with enoxaparin since a few days before. She was operated on due to a cysto-rectocele with vaginal vault prolapse. At 36 hours, she began to have intense lumbar pain and a worsening of her general state. The urgent computerised tomography report mentioned a large haematoma of over 16 cm in size, with signs of active bleeding in the abdominal cavity. During the laparotomy a massive retroperitoneal haematoma was discovered that extended over the limits of the pelvis.

This case is presented and a literature review is made on this complication after gynaecological interventions, and in patients treated with enoxaparin.

#### **KEY WORDS**

Vaginal surgery. Vaginal vault prolapse. Retroperitoneal haematoma. Enoxaparin.

## INTRODUCCIÓN

Aunque de aparición excepcional tras procesos ginecológicos, el hematoma retroperitoneal puede ser una complicación muy grave. Por ello sería importante considerarlo en ciertas circunstancias. La literatura científica es escasa en cuanto a esta complicación de intervenciones vaginales ginecológicas<sup>1,2</sup>. Sin embargo, en los últimos años se ha publicado cierta cantidad de casos de hematomas retroperitoneales acontecidos espontáneamente en pacientes que estaban siendo tratados con enoxaparina<sup>3-9</sup>, fundamentalmente pacientes mayores, cardiopatas y con relativo deterioro de la función renal.

No conocemos la frecuencia exacta de esta complicación tras la cirugía ginecológica vaginal, pero se cree poco habitual. No obstante, consideramos de interés el poder reconocerla por la gravedad que conlleva.

Se realiza la comunicación de un caso, con su diagnóstico y tratamiento, así como la revisión de la literatura científica.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 72 años G3P3. Presenta hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva con dilatación de la aorta ascendente, diabetes mellitus tipo 2 y broncopatía crónica. Estaba en tratamiento oral con nifedipino 60 mg/día (antagonista del calcio, antihipertensivo), fosinopril 20 mg/día (antagonista de la enzima de conversión de angiotensina, antihipertensivo), ácido acetilsalicílico 150 mg/día (antiagregante) y acetilcisteína 600 mg/día (mucolítico). Como antecedente quirúrgico destacaba una histerectomía total más doble anexectomía 26 años antes por mioma uterino y metrorragia.

El proceso ginecológico actual consiste en un prolapso de cúpula vaginal, cistocele de grado III y rectoenterocele de grado I-II, sintomáticos. También está diagnosticada de hernia inguinal derecha. Tras la valoración favorable por el servicio de anestesia, se propuso para corrección del prolapso por ginecología y para herniorrafia inguinal por cirugía en la misma intervención. Se cambió el tratamiento con ácido acetilsalicílico por una heparina de bajo peso

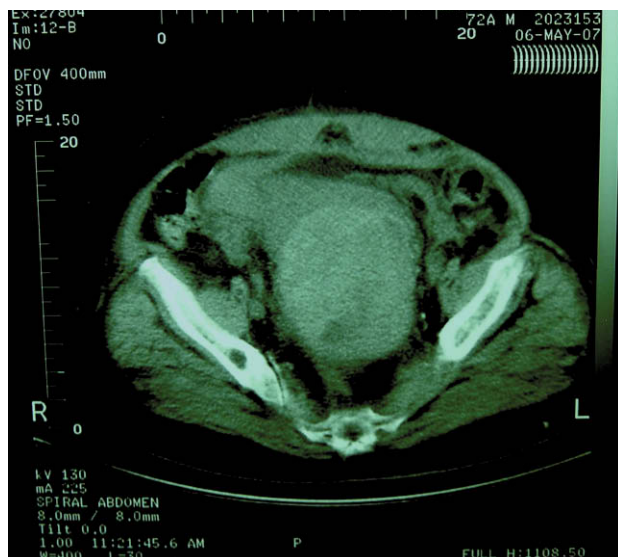
molecular (enoxaparina, 60 mg/6.000 U/0,6 ml) cada 24 h 8 días antes de la intervención.

El procedimiento quirúrgico vaginal consistió en la apertura de la vagina, plastia anterior (con plicatura vesical), apertura del enterocele y reducción de este más colporrafia posterior. Se recortó la vagina redundante.

El servicio de cirugía realizó una herniorrafia inguinal más un refuerzo con malla.

La paciente experimentó un postoperatorio tórpido. A las 36 h comenzó con dolor lumbar muy severo, pese a la analgesia por vía intravenosa de protocolo, y un progresivo deterioro del estado general. Se solicitaron una ecografía y una analítica de sangre urgentes. El servicio de radiología decidió realizar tomografía computarizada (figs. 1-4). Informaron telefónicamente de que existía una gran masa que ocupaba toda la pelvis, compatible con un gran hematoma de tamaño > 16 cm y con signos de sangrado activo. La analítica mostró la pérdida de prácticamente 8 g/dl de hemoglobina con respecto a los valores preoperatorios (15 g/dl), más pruebas de coagulación y plaquetas en límites normales.

Inmediatamente se solicitaron al banco de sangre varias bolsas de concentrado de hematíes y se realizó una laparotomía media bajo anestesia general. Se encontró una cavidad abdominal sin signos de sangrado, pero con una enorme tumoración retroperitoneal que abombaba, ocupando toda la pelvis, y alcanzaba prácticamente hasta la altura de los vasos renales. Se procedió a seccionar la membrana peritoneal y acceder al retroperitoneo en la zona más prominente. No se pudieron identificar estructuras anatómicas con claridad, pues había infiltración de membranas y espacios por sangre coagulada oscura. Se practicó disección roma cuidadosa, alcanzando una tumoración elástica pegada a la pared posterior que se incidió: se obtuvo abundante cantidad de coágulos y sangre oscura. Ante la imposibilidad de identificar un punto sangrante claro, decidimos rellenar la tumoración evacuada con apósitos hemostáticos reabsorbibles (Surgicel®), dejar el retroperitoneo abierto a la cavidad abdominal y colocar drenajes aspirativos. Se realizó cobertura antibiótica por vía intravenosa. El postoperatorio cursó de manera favorable con recuperación evidente de la paciente y desaparición de la lumbalgia.



**Figura 1.** Tomografía computarizada de la región pélvico-abdominal. Vemos el efecto masa causado por el hematoma de retroperitoneo.



**Figura 2.** Otro corte de tomografía computarizada que demuestra la extensión del hematoma. En la proximidad, se visualizan asas intestinales.



**Figura 3.** Observamos los límites definidos del hematoma y el gran volumen que ocupa en la pelvis.



**Figura 4.** Corte de tomografía computarizada de la pelvis. Apreciamos la textura relativamente homogénea de la masa.

## DISCUSIÓN

De la revisión de la literatura científica sobre hematomas retroperitoneales como complicación de

intervenciones ginecológicas por vía vaginal, podemos afirmar que, aunque no disponemos de datos de frecuencia exactos, estaríamos ante un proceso infrecuente. De hecho, los casos que se aportan son

escasos y publicados ya hace algunos años. Así se cita un caso ocurrido tras una histerectomía vaginal<sup>1</sup> y otro tras una conización con bisturí frío<sup>2</sup>. Dado lo infrecuente del problema, es difícil asegurar que factores derivados de la cirugía o de la paciente predispondrían a presentar esta complicación.

En obstetricia nos encontramos casos publicados de hematomas retroperitoneales durante el puerperio. Así, por rotura de una arteria ovárica de manera espontánea<sup>10</sup> se ha identificado esta complicación. También se han descrito hematomas intra y retroperitoneales por la misma causa en el segundo día de puerperio<sup>11</sup>.

Otra posible causa de hematomas en el retroperitoneo podrían ser las complicaciones en la cirugía laparoscópica, debida sobre todo a la introducción de trocates a ciegas<sup>12,13</sup>. También existe evidencia de complicaciones hemorrágicas retroperitoneales, tras punciones foliculares para ciclos de fecundación in vitro<sup>14</sup>.

Recientemente, se han comunicado varios casos de sangrado retroperitoneal en pacientes tratados con enoxaparina<sup>3-9</sup>. Según lo publicado, suele tratarse de hematomas retroperitoneales espontáneos en pacientes ingresados en unidades de críticos y tras el uso, en dosis terapéuticas, de enoxaparina, sola o asociada a otros anticoagulantes/antiagregantes. Estos pacientes suelen ser ancianos y estar afectados de síndrome coronario agudo, trombosis periféricas u otras patologías médicas que justifican una anticoagulación. Pueden asociar frecuentemente insuficiencia renal, que dificulta el aclaramiento de la heparina.

Sabemos que el riesgo hemorrágico es escaso con el uso de heparinas de bajo peso molecular, pero aumenta si existe cardiopatía, insuficiencia renal o hepática, y en pacientes mayores de 60 años. Ernits et al<sup>3</sup> sugieren que, en término medio, el hematoma ocurriría tras 5 días de terapia con enoxaparina a

dosis terapéuticas (es decir, 1 mg/kg/12 h), en aquellos pacientes con factores de riesgo (edad avanzada, deterioro renal y que reciben tratamiento concomitante que afecta a la hemostasia). Proponen estar atentos a los signos mayores de hemorragia y monitorizar el antifactor Xa en pacientes de riesgo alto.

Nosotros aportamos un caso de gran hematoma retroperitoneal tras la corrección de un prolapso vaginal por vía baja. En nuestra experiencia, la clínica se inició con un dolor lumbar intenso y progresivo tras pocas horas de la cirugía, seguido por la afectación del estado general de la paciente. Podríamos pensar que este dolor naciese del crecimiento del hematoma, que poco a poco iría infiltrando y disecando el retroperitoneo. Progresivamente, y al aumentar el volumen de sangre secuestrada, se comenzarían a alterar las constantes vitales.

Las pruebas de imagen resultan de gran interés para el diagnóstico, por motivos evidentes. En cuanto al tratamiento, decidimos operar de urgencia debido al riesgo de pérdida brusco de la estabilidad hemodinámica de la paciente, al dolor lumbar severo resistente a analgésicos y a la información suministrada por radiología que hablaba de signos de sangrado activo. En otros casos de hematomas limitados en espacios cerrados, como el retroperitoneo, se ha optado por una actitud expectante o incluso se han comunicado casos de embolización radiológica. Existe quien propone tratamiento con factor VII activado recombinante<sup>9</sup>.

La cirugía urgente en el retroperitoneo puede ser complicada, y más si la sangre coagulada infiltra y distiende a tensión los espacios, y no permite identificar con claridad estructuras anatómicas. En nuestro caso, se consiguió drenar una gran colección de coágulos. No se identificó el vaso o los vasos causantes del hematoma y para realizar la hemostasia tuvimos que contentarnos con rellenar la cavidad evacuada con apósitos hemostáticos reabsorbibles.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lev-Gur M, Patel S, Greston WM, McGill F. Pararenal hematoma as a complication of vaginal hysterectomy. A case report. *J Reprod Med*. 1987;32:68-71.
2. Brown CF, Mashini IS, Turner WA, Gallup DG. Retroperitoneal hematoma: an unusual complication of cold knife conization of the cervix. *Obstet Gynecol*. 1986;68 3 Suppl:66S-7.
3. Ernits M, Mohan PS, Fares LG 2nd, Hardy H 3rd. A retroperitoneal bleed induced by enoxaparin therapy. *Am Surg*. 2005;71:430-3.
4. Topgul K, Uzum O, Anadol AZ, Gok A. Surgical management of enoxaparin- and/or warfarin-induced massive retroperitoneal bleeding: report of a case and review of the literature. *South Med J*. 2005;98:104-6.
5. Mrug M, Mishra PV, Lusane HC, Cunningham JM, Alpert MA. Hemothorax and retroperitoneal hematoma after anticoagulation with enoxaparin. *South Med J*. 2002;95:936-8.
6. Chan-Tack KM. Fatal spontaneous retroperitoneal hematoma secondary to enoxaparin. *South Med J*. 2003;96:58-60.
7. Dabney A, Bastani B. Enoxaparin-associated severe retroperitoneal bleeding and abdominal compartment syndrome: a report of two cases. *Intensive Care Med*. 2001;27:1954-7.
8. Gomez de la Torre R, Milla Crespo A, Cadenas F, Fernandez Bustamante J, Vazquez Castanon M. Spontaneous retroperitoneal hematoma induced by enoxaparin to therapeutic dose. *An Med Interna*. 2003;20:386-7.
9. Cherfan A, Arabi Y, Askar AA, Shimemeri AA. Recombinant activated factor vii treatment of retroperitoneal hematoma in a patient with renal failure receiving enoxaparin and clopidogrel. *Pharmacotherapy*. 2007;27:755-9.
10. Burnett RA, Carfrae DC. Spontaneous rupture of ovarian artery aneurysm in the puerperium. Two case reports and review of the literature. *Br J Obstet Gynaecol*. 1976;83:744-50.
11. Banas T, Boryczko M, Durzynska-Urbaniec J. Intraperitoneal hemorrhage due to the rupture of right ovarian artery in the second day of puerperium. *Ginekol Pol*. 2004;75:729-32.
12. Zweigel D, Thiele H, Schworm HD. Injuries of large vessels caused by laparoscopy. *Zentralbl Gynakol*. 1987;109:673-8.
13. Leron E, Piura B, Ohana E, Mazor M. Delayed recognition of major vascular injury during laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998;79:91-3.
14. Azem F, Wolf Y, Botchan A, Amit A, Lessing JB, Kluger Y. Massive retroperitoneal bleeding: a complication of transvaginal ultrasonography-guided oocyte retrieval for in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril*. 2000;74:405-6.